



Editorial

Amtliche Bekanntmachung

Bundeseinheitlich anzuwendende Laborquote „Q“ für das 4. Quartal 2013 entsprechend den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (Artikel 1, Nr. 24 GKV-VStG) zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen

Ihre Fachinformationen

- **Abrechnung/Honorarverteilung**
 - Änderungen des EBM zum 01.07.2013 1
 - Änderungen des EBM zum 01.10.2013 1
 - Änderungen der Mutterschafts-Richtlinien zum 01.07.2013 2
 - Einsatz von Kortikoiden bei wirbelsäulennahen Injektionen nicht zu Lasten der GKV 2
 - Hinweise zur Verwendung der Labor-Kennziffern nach GOP 32005 bis 32023 2
 - Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie 3
- **Verordnung und Wirtschaftlichkeit**
 - Aktuelle Informationen zu den Rabattvereinbarungen für saisonale Grippeimpfstoffe 4
 - Änderungen der Arzneimittel-Richtlinie 5
 - Wirkstoff AKTUELL zu Rivaroxaban bei nicht valvulärem Vorhofflimmern 7
 - Bezug von Glukose beim Gestationsdiabetes 8
 - Angabe des Versorgungszeitraums auf Hilfsmittel-Verordnungen 8
 - Genehmigungsverzicht bei Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls 8
 - Kennzeichnung von Praxisbesonderheiten 9
- **Qualitätssicherung**
 - Gilt für alle Ärzte, die Laboruntersuchungen erbringen –
Übergangsfrist für die Umsetzung der RiLi BÄK Teil B 2 endete zum 30.06.2013 9
- **Verträge**
 - Eckpunkte der Honorarvereinbarung für das Jahr 2013 10
 - Neuer Strukturvertrag „Pflegeheim PLUS Thüringen“ ab 01.07.2013 11
 - HZV-Vertrag mit der AOK PLUS: Anpassung der Teilnahmeerklärung – Hausarzt 13
 - Qualitätszirkel „Pharmakotherapie“ für Teilnehmer am HZV-Vertrag mit der AOK PLUS 14
 - Anpassung des Strukturvertrages Gestationsdiabetes mit der AOK PLUS 14
 - Informationen zur ärztlichen Behandlung von Patienten, die im Ausland krankenversichert sind 15
- **Alles was Recht ist**
 - Antworten der Rechtsabteilung auf Ihre Fragen aus dem Praxisalltag 15

■ Informationen

Neue Meldeformulare für Arzt- und Labormeldung nach Infektionsschutzgesetz und Thüringer Meldeverordnung	16
Gelbfieberimpfstellen im Freistaat Thüringen	16
„Morbus Osler – mehr als nur Nasenbluten“ – neue Kurzinformation für Patienten erschienen	16
Soforthilfen für Hochwassergeschädigte in Thüringen – Hilfsmaßnahmen wurden beendet	17
Frühe Hilfen in Thüringen – Präventiver Kinderschutz durch multiprofessionelle Kooperation	17

Terminkalender

Pharmakotherapeutischer Arbeitskreis Jena	18
Termine 2013 zum Qualitätszirkel „Pharmakotherapie“ für Teilnehmer am HzV-Vertrag mit der AOK PLUS	18
Integrierte Versorgung auf hohem Niveau: Denn es gibt keine Vollkaskoversicherung vom Staat	19
Fortbildungsveranstaltungen der KV Thüringen	19
Veranstaltungen der Landesärztekammer Thüringen	21

Anlagen

Anlage 1 – Änderungen des EBM zum 01.10.2013 für Haus- und Kinderärzte	
Anlage 2 – Beschluss des G-BA über eine Änderung der AM-RL: Anlage VI – Off-Label-Use Intravenöse Immunglobuline (IVIg) bei Polymyositis und bei Dermatomyositis	
Anlage 3 – Wirkstoff AKTUELL zu Rivaroxaban bei nicht valvulärem Vorhofflimmern	
Anlage 4 – Genehmigungsverzicht bei Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls sowie bei langfristigem Heilmittelbedarf	
Anlage 5 – Aktuelle Liste der ringversuchszertifikatspflichtigen Laborparameter	
Anlage 6 – Anmeldung zum Qualitätszirkel „Pharmakotherapie“ für Teilnehmer am HzV-Vertrag mit der AOK PLUS	
Anlage 7 – Gelbfieberimpfstellen in Thüringen	

Verordnungstipps

Verordnung einer Krankenbeförderung

Beilagen

Praxisinformationen der KBV: Weiterentwicklung des Facharzt-EBM (Stand: Juni 2013)
Praxisinformationen der KBV: Im Ausland krankenversicherte Patienten (Stand: März 2013)
Interessante Fortbildungsveranstaltungen einschl. Anmeldeformular (gelbes Blatt)

Impressum

Herausgeber: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

verantwortlich: Sven Auerswald, Hauptgeschäftsführer

Redaktion: Babette Landmann

Telefon: 03643 559-0

Telefax: 03643 559-191

Internet: www.kvt.de

E-Mail: info@kvt.de

Druck: Ottweiler Druckerei und Verlag GmbH

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,
sehr geehrte Damen und Herren,

während einige von Ihnen derzeit ihren wohlverdienten Urlaub genießen, sind die anderen Kollegen mit der Arbeit am Patienten voll ausgelastet. Ein sehr gut organisiertes Dienst- und Vertretungssystem macht es möglich, dass wir Ärzte uns in der Verantwortung, die wir für unsere Patienten übernommen haben, auch vertreten lassen können. Freizeit und Urlaub haben einen zunehmenden Wert in der Arbeitswelt, die immer höhere Anforderungen an uns stellt.

Als sehr berechtigt und vorbildhaft sind daher die Forderungen der heranwachsenden Ärzteschaft nach geregelter Arbeitszeit und Familienfreundlichkeit im Beruf einzustufen. Dem Slogan der Imagekampagne der ambulant tätigen Haus- und Fachärzte sowie der Psychotherapeuten Deutschlands „Wir arbeiten für Ihr Leben gern“ setzt der Bund der Medizinstudenten entgegen „Wir arbeiten für Ihr Leben gern und das 8 Stunden zu 100 %“.

O.k. an einem Tag sind 3 x 8 Stunden abzusichern. Da ist dann schon allerhand ärztliches Personal nötig. Es gibt Notdienste, das Arbeitszeitgesetz im stationären und die Präsenzpflicht im ambulanten Bereich. Letztere ist tagtäglich von 7 bis 19 Uhr. Das wird manchmal leicht verdrängt.

Erleichternd für die Kollegen ist in diesem Zusammenhang die thüringenweite Dienstregelung mit freien Mittwoch- und Freitagnachmittagen, die sich sehr bewährt hat.

Ziel und Aufgabe sind natürlich die medizinische Versorgung unserer Bevölkerung täglich rund um die Uhr zu garantieren. Unseren Sicherstellungsauftrag nehmen wir sehr ernst. Schließlich haben sich mehr als 80 % der Befragten dafür ausgesprochen. Der daraus resultierende 8-Punkte-Plan der Kassenärztlichen Vereinigungen ist Grundlage unseres Handelns u. a. mit dem Ziel, für unsere qualitativ hochwertige, engagierte Arbeit feste Preise für feste Mengen zu erhalten. Das Geld brauchen wir zur Versorgung unserer immer älter und kränker werdenden Bevölkerung, die trotz allem und gerade wegen der guten medizinischen Versorgung teilweise eine hohe Lebensqualität hat.

Als Vertragsärzte sind wir zur Versorgung der Patienten verpflichtet. Eine Ablehnung ist nur aus wesentlichen Gründen möglich. Dazu gehören Überlastung und ein gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis. Dass das Maß von Belastung nicht nur die Patientenzahlen sind, die in einer Praxis behandelt werden, ist uns klar. Es kann nur ein Kriterium sein.

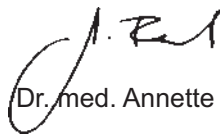
Die Themen Versorgungsauftrag, Notdienst und Sprechstundenzeit stehen auf der Tagesordnung der Klausurtagung der Vertreterversammlung der KV Thüringen im Herbst. Hier gilt es, Grundsätzliches zu klären auch vor dem Hintergrund des Ärztemangels und des steigenden Alters der Kollegen.

Auch Themen wie Teamarbeit, delegierbare Leistungen und „Arztersatz“ stehen im Raum. Allorten werden Vorbilder wie England und Niederlande zitiert, wo Pflegekräfte einen hohen Stellenwert bei der Patientenversorgung einnehmen – in Richtung „Arzt light“. Darauf können wir staunend schauen. Die Patienten in diesen Ländern sind dagegen wenig begeistert davon. Ihre Versorgung entspricht bei weitem nicht der qualifizierten und hochwertigen Versorgung des Gesundheitswesens in Deutschland.

Wir niedergelassenen Ärzte können unsere Praxen ohne Teamarbeit nicht erfolgreich führen. Ein sehr positives Beispiel dafür ist die VERAH – die Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis. Aber die diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen in einer Praxis trifft der Arzt allein. Der Arztvorbehalt muss unantastbar sein. In diesem Themenfeld haben wir noch sehr viele Probleme zu bewältigen.

Gute Erholung zunächst in Ihrem Urlaub – treten Sie gestärkt wieder in den Alltag ein.

Ihre



Dr. med. Annette Rommel

**Bundeseinheitlich anzuwendende Laborquote „Q“ für das 4. Quartal 2013
entsprechend den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (Artikel 1, Nr. 24 GKV-VStG) zur Honorarverteilung
durch die Kassenärztlichen Vereinigungen**

Infolge einer Anpassung im Beschlussteil E zur Vorgabe der Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen war die Abstufungsquote „Q“, die wir für das 2. Halbjahr 2013 im Rundschreiben 6/2013 amtlich bekannt gemacht haben, mit Wirkung ab dem 4. Quartal 2013 neu zu bestimmen.

Für das 4. Quartal 2013 beträgt die Abstufungsquote „Q“ 91,58 Prozent.

In dem mit Wirkung zum 01.07.2012 gültigen Honorarverteilungsmaßstab (HVM) wurde die Vorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen umgesetzt. Die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2 und 32.3 mit Ausnahme der Gebührenordnungspositionen 32025 bis 32027, 32035 bis 32039, 32097, 32150 sowie 32880 bis 32882 EBM werden mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung multipliziert mit der bundeseinheitlichen Abstufungsquote „Q“ gemäß Teil E der Vorgaben zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen vergütet.

Weimar, 25.06.2013

Abrechnung/Honorarverteilung

Änderungen des EBM zum 01.07.2013

Änderungen der Anmerkungen zu den Kostenpauschalen nach GOP 40120 bis 40126

Im Deutschen Ärzteblatt, Heft 25 vom 21.06.2013, wurden Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zum 01.07.2013 veröffentlicht. Dabei handelt es sich um Änderungen der Anmerkungen zu den Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen (GOP) 40120 bis 40126.

Bisher enthielten die Anmerkungen zu den Kostenpauschalen nach GOP 40120 bis 40126 den Zusatz „an den auftragserteilenden Arzt“. Dieser Zusatz sollte als Klarstellung des Verhältnisses der Kostenpauschalen 40120 ff. zur Kostenpauschale 40100 dienen, soweit das Verhältnis des auftragsnehmenden Arztes zum auftragserteilenden Arzt betroffen ist. Es war nicht beabsichtigt, in Fällen, in denen die GOP 40100 abgerechnet worden ist, eine Abrechnung der Kostenpauschale 40120 für solche Konstellationen zu ermöglichen, in denen Befundübermittlungen zusätzlich an den nicht auftragserteilenden Arzt übersandt werden.

Vor diesem Hintergrund wurde die Streichung der Zusätze „an den auftragserteilenden Arzt“ in den Anmerkungen der GOP 40120 bis 40126 beschlossen. Die Abrechnung der GOP 40120 - 40126 ist nun für Ärzte aus Einsendepraxen generell neben der GOP 40100 ausgeschlossen.

Den genauen Wortlaut der EBM-Änderungen entnehmen Sie bitte dem o. g. Deutschen Ärzteblatt.

Änderungen bei den Kostenpauschalen für Kinderdialysen¹

Der Bewertungsausschuss hat kurzfristig Änderungen bei den Kostenpauschalen für Kinderdialysen zum 01.07.2013 beschlossen. Dabei geht es im Wesentlichen um Folgendes:

- Es erfolgt eine Trennung der Kostenpauschalen für Hämodialysen und Peritonealdialysen.
- Die Kostenpauschale für die Durchführung von Hämodialysen einschließlich Sonderverfahren wird aufgewertet. Darüber hinaus wird die Hämodialyse zukünftig grundsätzlich über Einzeldialysepauschalen abgebildet. Damit entfällt die Wochenpauschale für diese Dialyseart für Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

Änderungen des EBM zum 01.10.2013

Anpassung der Leistungsbewertung im EBM

Der Bewertungsausschuss hat beschlossen, den Orientierungswert und den kalkulatorischen Punktwert zum 01.10.2013 ausgabenneutral auf 10 Euro-Cent anzuheben. Die beschlossene Ausgabenneutralität führt zu einer Anpassung der Bewertungen der GOP durch Multiplikation der Punktzahl mit dem Faktor 0,35363 und anschließender kaufmännischer Rundung ohne Nachkommastellen.

Damit einhergehend waren alle weiteren Verweise auf Punktzahlen oder Höchstwerte im EBM anzupassen.

Neue Pauschalen für die Fachärztliche Grundversorgung¹

Der Bewertungsausschuss hat die lange angekündigten „Pauschalen für die Fachärztliche Grundversorgung“ (PFG) zum 01.10.2013 beschlossen. Diese Zuschläge zu den Grundpauschalen wurden in den relevanten Arztgruppenkapiteln des EBM aufgenommen. Hinzu kommen flankierende Regelungen in den Allgemeinen Bestimmungen Punkt 4.3.8 sowie im Anhang 3 des EBM.

Näheres können Sie den KBV-Informationen „Weiterentwicklung des Facharzt-EBM“ in der **Beilage** zu diesem Rundschreiben entnehmen.

Änderungen in den Kapiteln 3 und 4 des EBM¹

Im Bereich der Haus- und Kinderärzte kam es zu umfangreicheren Änderungen. Eine Zusammenfassung der wesentlichen Beschlüsse können der **Anlage 1** zu diesem Rundschreiben entnommen werden.

¹ Die Veröffentlichung im Deutschen Ärzteblatt war bis zum Redaktionsschluss für dieses Rundschreiben leider noch nicht erfolgt. Auf der Internetseite des Institutes des Bewertungsausschusses wurden die Änderungen amtlich bekannt gemacht. (siehe www.institut-des-bewertungsausschusses.de/ba/beschluesse.html)

Änderungen der Mutterschafts-Richtlinien zum 01.07.2013

Im Deutschen Ärzteblatt, Heft 25 vom 21.06.2013, wurde der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Neustrukturierung des Ultraschallscreenings, gültig ab 01.07.2013, veröffentlicht. Damit einhergehend wurde auch ein Merkblatt für die Schwangeren zum neuen Ultraschallscreening als Anlage 5 der Mutterschafts-Richtlinien (Mu-RL) beschlossen.

Wesentliche Änderungen durch die Neustrukturierung sind:

- Das Ultraschallscreening, bestehend aus je einer Untersuchung im 1., 2. und 3. Trimenon, ist künftig abwählbar.
- Im 2. Trimenon kann zwischen einer Untersuchung ohne „systematisches Organscreening“ und einer Untersuchung mit „systematischem Organscreening“ gewählt werden [Untersuchungen gemäß 2a) bzw. 2b) der Anlage 1a der Mu-RL]. Die zu beurteilenden Strukturen sind im Einzelnen definiert. Untersuchungsinhalte, die eine Beratung gemäß Gendiagnostikgesetz erfordern, sind nicht enthalten.
- Aushändigen des Merkblattes (neue Anlage 5 der Mu-RL) vor der ersten Untersuchung einschließlich entsprechender ärztlicher Aufklärung.
- Online-Fachwissensprüfung als neue dritte Qualifikationsebene beim geburtshilflichen Ultraschall als Voraussetzung für das „systematische Organscreening“ (Anforderung gemäß Anwendungsbereich 9.1a in Verbindung mit Anlage VI der Ultraschallvereinbarung), die am 01.06.2012 in Kraft getreten ist. Rückfragen dazu richten Sie bitte an die Abteilung Qualitätssicherung, Frau Metzner (Telefon: 03643 559-717).

Wichtiger Hinweis zur Abrechnung der neuen Leistungen:

Die Aufnahme dieser neuen Leistungen in den EBM steht noch aus. Deshalb wird neben der GOP 01770 für die Betreuung der Schwangeren nach den bisherigen Inhalten der Mutterschafts-Richtlinien die Ultraschalluntersuchung für das Organscreening mittels Privatliquidation nach GOÄ in Rechnung gestellt. Wir empfehlen, auf der ausgestellten Rechnung nach GOÄ den Hinweis „zusätzlich zur EBM – GOP 01770“ aufzutragen, damit die Abgrenzung zur bestehenden GOP 01770 eindeutig ist. Die Patientin kann die Rechnung bei ihrer Krankenkasse zur Kostenerstattung einreichen.

Einsatz von Kortikoiden bei wirbelsäulennahen Injektionen nicht zu Lasten der GKV

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) wurde beauftragt zu erörtern, wie der Zulassungsstatus von Kortikoiden zur wirbelsäulennahen Injektion (periradikulär, epiperineural oder epidural) lautet und welche Folgen sich dann hinsichtlich der Abrechenbarkeit der Leistung zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ergeben.

Die KBV kommt zu folgendem Ergebnis:

Von der arzneimittelrechtlichen Zulassung für die Kortikoide ist lediglich die intraartikuläre Injektion abgedeckt – die periradikuläre, epiperineurale oder epidurale Anwendung dagegen nicht.

Vor dem Hintergrund dieser eindeutigen arzneimittelrechtlichen Vorgaben und dem Grundsatz der Untrennbarkeit von Leistungen können sowohl die Verordnung als auch die Applikation von Kortikoiden bei wirbelsäulennahen Injektionen nicht zu Lasten der GKV erfolgen.

Der EBM beinhaltet zwar beispielsweise die GOP 30731 als schmerztherapeutische Leistung, bei der ein Lokalanästhetikum eingebracht wird, oder die GOP 34504, bei der die Applikation unter CT-Kontrolle erfolgt. **Kombiniert ein Arzt jedoch die Gabe des Lokalanästhetikums mit einem Kortikoid bei wirbelsäulennahen Injektionen, so kann die Leistung nicht mehr zu Lasten der GKV abgerechnet werden.**

Bitte beachten Sie dringend zukünftig diesen Abrechnungshinweis der KBV.

Hinweise zur Verwendung der Labor-Kennziffern nach GOP 32005 bis 32023

Im Rundschreiben 2/2013 haben wir auf die Änderungen im Zusammenhang mit dem Wirtschaftlichkeitsbonus nach GOP 32001 hingewiesen. Die KV Thüringen setzt den Wirtschaftlichkeitsbonus nach den Regelungen des EBM definiert zu.

Im Rahmen dieser Vorgaben sind Labor-Kennziffern nach GOP 32005 bis 32023 festgelegt. Diese dienen zur Kennzeichnung von Patienten, bei denen Labor abgerechnet oder veranlasst wurde.

Für eine korrekte Umsetzung der EBM-Vorgaben sollte Folgendes beachtet werden:

- Soweit eine der Kennziffern beim Patienten zutrifft, wird diese auf jedem Muster 10 oder Muster 10A im Feld „ggf. Kennziffer“ eingetragen.
- Wenn mehrere Kennziffern bei einem Patienten zutreffen, kann eine beliebige verwendet werden.
- In der eigenen Abrechnung wird eine Kennziffer eingetragen, wenn für diesen Patienten im Quartal Laborleistungen selbst erbracht oder per Muster 10/10 A veranlasst wurden – dann aber zwingend.
- Diese Kennziffern dienen nicht der Kennzeichnung von Praxisbesonderheiten! Dafür existieren gesonderte Kennziffern. (nachzulesen unter „Kennzeichnung von Praxisbesonderheiten“ auf Seite 9)

Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat zwei Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie bezüglich der Gruppentherapie beschlossen. Diese sind **zum 19.06.2013 in Kraft getreten**, da diese im Bundesanzeiger vom 18.06.2013 bekannt gegeben wurden.

Die Änderungen beinhalten die **Verringerung der Mindestteilnehmerzahl in der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Gruppentherapie von Kindern und Jugendlichen**. Zudem gibt es zukünftig die Möglichkeit, eine Verhaltenstherapie auch als alleinige Gruppentherapie – und nicht nur in Verbindung mit Einzeltherapie – zu beantragen und zu erbringen.

Die notwendige Anpassung im EBM steht noch aus, denn die derzeitigen GOP 35202, 35203 und 35211 decken den erweiterten Leistungsumfang der angepassten Richtlinie bei Kindern und Jugendlichen nicht ab. Als Mindestteilnehmerzahl werden darin nach wie vor sechs Teilnehmer genannt. Nach der geänderten Richtlinie sind es jedoch drei.

Bis der Bewertungsausschuss eine entsprechende Anpassung im EBM beschlossen hat, empfiehlt die KV Thüringen folgende Vorgehensweise:

Führt der Vertragsarzt bzw. Psychotherapeut eine Behandlung im Rahmen der geänderten Psychotherapie-Richtlinie durch und liegt die Mindestteilnehmerzahl der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Gruppentherapie von Kindern und Jugendlichen zwischen drei und fünf Teilnehmern, erfolgt eine Abrechnung im Rahmen der Kostenerstattung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Wir empfehlen, auf der ausgestellten Rechnung nach GOÄ den Hinweis „Mindestteilnehmerzahl der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Gruppentherapie von Kindern und Jugendlichen entsprechend dem Beschluss des G-BA zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie, in Kraft getreten am 19.06.2013“ aufzutragen. Der Patient kann die Rechnung bei der Krankenkasse zur Kostenerstattung einreichen.

Ihre Ansprechpartner für alle Themen der Leistungsabrechnung:

Frau Rudolph App. 480 Frau Dietrich App. 494	Frau Richter App. 456 Frau Grimmer App. 492	Frau Böhme App. 454 Frau Gimbel App. 430	Frau Bose App. 451 Frau Reimann App. 452	Frau Schöler App. 437 Frau Stöpel App. 438	Frau Kokot App. 441 Frau Kölbel App. 444
Kinderärzte Internisten Allgemeinmediziner Praktische Ärzte	Kinderärzte Internisten Allgemeinmediziner Praktische Ärzte	Gynäkologen HNO-Ärzte Orthopäden Physikal. Med. Urologen	Neurologen Nervenärzte Psychiater Psychotherap. Augenärzte Hautärzte Notfälle/ Einrichtungen MVZ	ermächtigte Ärzte Fachchemiker Humangenetik Laborärzte Laborgemeinschaften Pathologen HNO-Ärzte	Belegärzte Chirurgen Radiologen Nuklearmed. Dialyseärzte Dialyse-Einr. MKG Neurochirurgen Anästhesisten

Die Kontaktaufnahme ist auch per E-Mail an abrechnung@kvt.de möglich.

Verordnung und Wirtschaftlichkeit

Aktuelle Informationen zu den Rabattvereinbarungen für saisonale Grippeimpfstoffe

Die gesetzlichen Krankenkassen in Thüringen haben für die **Impfsaison 2013/2014** erneut Rabattvereinbarungen für saisonale Grippeimpfstoffe für die gesetzlich krankenversicherten Patienten in Thüringen geschlossen. Alle impfenden Vertragsärzte und die versorgenden Apotheker Thüringens werden von den Krankenkassen bis Anfang August über die Gewinner der Impfstoffausschreibungen informiert. Damit steht fest, dass folgende Impfstoffe in der kommenden Saison zu verwenden sind:

- **Begripal® 2013/2014 Fertigspritzen ohne Kanüle** (zugelassen ab dem 6. Lebensmonat)
- **Optaflu® 2013/2014 Fertigspritzen ohne Kanüle** (zugelassen ab dem 18. Lebensjahr)

Bitte beachten Sie das folgende Vorgehen zum Impfstoffbezug:

- Der ausgewählte rabattierte Impfstoff ist namentlich auf der Verordnung anzugeben.
- Die Verordnung erfolgt über den Sprechstundenbedarf zu Lasten der AOK PLUS.
- In medizinisch begründeten Einzelfällen ist die Verordnung eines nicht rabattierten Grippeimpfstoffes ausnahmsweise möglich. Auch diese Verordnungen erfolgen über Sprechstundenbedarf. Bitte setzen Sie in diesen Fällen unbedingt das aut-idem-Kreuz auf der Verordnung.
- Nach den Empfehlungen des Robert Koch-Institutes wird die **Impfung für den rechtzeitigen Impfschutz in den Monaten Oktober und November** angeraten.
- Die Rabattvereinbarungen beziehen sich aus Rechtsgründen ausschließlich auf Fertigspritzen ohne Kanüle oder mit abnehmbarer Kanüle.
- **Die Kanülen können nicht als Sprechstundenbedarf bezogen werden, sondern sind allgemeine Praxiskosten.**

Bitte informieren Sie uns umgehend, falls Probleme in der derzeitigen Grippeimpfsaison auftreten, damit wir rechtzeitig gegenüber unseren Vertragspartnern, den Krankenkassen, reagieren können. Formlos können Sie uns per Telefax: 03643 559-769 oder per E-Mail: verordnung@kvt.de benachrichtigen.

Wie bisher gelten folgende Grundsätze:

- Der über die AOK PLUS bezogene Sprechstundenbedarf darf nur für Patienten der GKV und der Freien Heilfürsorge (Bundeswehr, Bundespolizei, Polizei) verwendet werden.
- Für Impfungen anderer Kostenträger ist ein gesonderter Vorrat anzulegen und eine Verordnung zu Lasten dieser Kostenträger bzw. ein Privatrezept auszustellen.
- Prüfen Sie die Abrechnung Ihrer Leistungen auf Vollständigkeit. Aus der Rechtsprechung erwächst die Verpflichtung, erbrachte Leistungen auch abzurechnen. Bei einer Vielzahl täglicher Impfleistungen, wie in der Grippesaison üblich, darf die Leistungsabrechnung nicht unterbleiben. **Diskrepanzen zwischen der Menge der bezogenen Impfstoffdosen und der Anzahl der abgerechneten Impfleistungen** führten in der Vergangenheit zu Vorwürfen der Unwirtschaftlichkeit sowie zu Einzelfallprüfungen von Seiten der Krankenkassen und **sollten daher vermieden werden.**

Es besteht weiterhin Konsens mit den Thüringer Krankenkassen und ihren Verbänden, das bisherige Prozedere bei Grippeimpfungen fortzuführen. **Im Interesse der Verhinderung einer Influenzaepidemie sollten möglichst alle Patienten der in der Schutzimpfungs-Richtlinie genannten Indikationsgruppen geimpft werden, insbesondere wie bisher z. B. die Personen mit Publikumsverkehr und über 60-Jährige.**

Gleichzeitig mit der Grippeimpfung sollte der Impfschutz gegen Pneumokokken bei Personen über 60 Jahren geprüft werden. Die Impfung kann zum selben Impftermin verabreicht werden. Wiederholungsimpfungen mit Pneumokokkenimpfstoffen sind nur in Ausnahmeindikationen (siehe Schutzimpfungs-Richtlinie) vorgesehen. Jedoch sind auch in der Grundimmunisierung (einmalige Impfung) der über 60-jährigen bzw. der chronisch kranken Patienten noch Impflücken zu schließen. Bitte nutzen Sie die Impfgespräche für diese Informationen.

Ihre Ansprechpartnerinnen: Dr. Anke Möckel, Telefon 03643 559-763
Bettina Pfeiffer, Telefon 03643 559-764

Änderungen der Arzneimittel-Richtlinie

▪ Stimulantien: Regelungen für Erwachsene – Anlage III Nummer 44 der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL)

Die Verordnung von Stimulantien (z. B. Methylphenidat-haltigen Präparaten) für Kinder und Jugendliche ist schon seit längerem in der AM-RL geregelt und auf Fachärzte beschränkt. Nun hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) auch die Verordnung von Stimulantien für Erwachsene geregelt. In Nummer 44 (Stimulantien) der Anlage III der AM-RL wird in der Spalte „Arzneimittel und sonstige Produkte“ nach dem zweiten Spiegelstrich folgender Spiegelstrich angefügt:

„ausgenommen bei Erwachsenen ab einem Alter von 18 Jahren mit Hyperkinetischer Störung bzw. Aufmerksamkeitsdefizit / Hyperaktivitätsstörung (ADS/ADHS), sofern die Erkrankung bereits im Kindesalter bestand, im Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie, wenn sich andere Maßnahmen allein als unzureichend erwiesen haben. Die Diagnose erfolgt angelehnt an DSM-IV Kriterien oder Richtlinien in ICD-10 und basiert auf einer vollständigen Anamnese und Untersuchung des Patienten. Diese schließen ein strukturiertes Interview mit dem Patienten zur Erfassung der aktuellen Symptome, inkl. Selbstbeurteilungsskalen ein. Die retrospektive Erfassung des Vorbestehens einer ADHS im Kindesalter muss anhand eines validierten Instrumentes (Wender-Utha-Rating-Scale-Kurzform (WURS-k)) erfolgen. Die Arzneimittel dürfen nur von einem Spezialisten für Verhaltensstörungen bei Erwachsenen verordnet (Fachärztin/Facharzt für Nervenheilkunde, für Neurologie und/oder Psychiatrie oder für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärztin/Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, ärztliche Psychotherapeuten gemäß Bedarfsplanungs-Richtlinie) und unter dessen Aufsicht angewendet werden. In therapeutisch begründeten Fällen können bei fortgesetzter Behandlung in einer Übergangsphase bis maximal zur Vollendung des 21. Lebensjahres Verordnungen auch von Spezialisten für Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen vorgenommen werden. In Ausnahmefällen dürfen auch Hausärztinnen/Hausärzte Folgeverordnungen vornehmen, wenn gewährleistet ist, dass die Aufsicht durch einen Spezialisten für Verhaltensstörungen erfolgt.“

Der Einsatz von Stimulantien ist im Verlauf besonders zu dokumentieren, insbesondere die Dauertherapie über 12 Monate sowie die Beurteilung der behandlungsfreien Zeitabschnitte, die mindestens einmal jährlich erfolgen sollten.“

Unter „Spezialisten für Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen“ wurde die Angabe „Fachärztin/ Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ eingefügt.

Der Beschluss trat am 13.06.2013 in Kraft. Den vollständigen Text der Anlage III und der AM-RL finden Sie auf der Internetseite des G-BA (www.g-ba.de).

▪ Medizinprodukte – Anlage V der AM-RL

Der G-BA hat im Juni 2013 folgende Änderungen der Liste der verordnungsfähigen Medizinprodukte beschlossen:

Produktbezeichnung	Befristung der Verordnungsfähigkeit	Inkrafttreten des Beschlusses
Laxatan® M	Produkt ist ab dem 12.07.2013 nicht mehr zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig	12.07.2013
Macrogol dura®	14.04.2018	16.07.2013
Medicoform laxativ	11.05.2018	13.05.2013
Z-Hyalin®	01.05.2016	02.05.2013

Bitte beachten Sie, dass eine einmal befristete Verordnungsfähigkeit nicht immer verlängert wird. Einige Produkte sind dadurch inzwischen wieder entfallen. Achten Sie daher auf die Angaben Ihrer Praxissoftware oder prüfen Sie häufig verordnete Medizinprodukte in größeren Abständen anhand der veröffentlichten Übersichten. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung weist auch darauf hin, dass die Anlage V der AM-RL noch erweitert wird.

Medizinprodukte mit arzneimittelähnlichem Charakter sind nur noch dann zu Lasten der Gesetzlichen Krankenkassen verordnungsfähig, wenn sie in Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie gelistet sind. Das gilt auch für Verordnungen im Sprechstundenbedarf. Die derzeit bei bestimmten Indikationen verordnungsfähigen Medizinprodukte finden Sie im Internet unter www.g-ba.de oder unter www.kvt.de.

▪ **Intravenöse Immunglobuline im Off-Label-Use – Anlage VI der AM-RL**

Arzneimittel dürfen nur für diejenigen Indikationen eingesetzt werden, für die sie in Deutschland bzw. europaweit eine Zulassung besitzen (siehe aktuelle Fachinformation). Eine Verordnung von Medikamenten außerhalb der zugelassenen Indikation (Off-Label-Use) zu Lasten der Gesetzlichen Krankenkassen ist grundsätzlich ausgeschlossen.

Ausnahmsweise ist eine Verordnung im Off-Label-Use nach Anlage VI Teil A der Arzneimittel-Richtlinie möglich. Neu aufgenommen wurde hier „Intravenöse Immunglobuline (IVIg) bei Polymyositis im Erwachsenenalter (Add-on-Behandlung bei therapieresistentem Verlauf) und bei Dermatomyositis im Erwachsenenalter (Add-on-Behandlung bei therapieresistentem Verlauf)“.

Den vollständigen Text der Bekanntmachung finden Sie in **Anlage 2** dieses Rundschreibens. Bitte beachten Sie, dass nicht alle Hersteller ihre Zustimmung für den Einsatz bei dieser Indikation erteilt haben. Die Bekanntmachung enthält eine Auflistung der verordnungsfähigen Präparate. Der Beschluss trat am 10.07.2013 in Kraft.

▪ **Frühe Nutzenbewertung – Anlage XII der AM-RL**

Bei neu eingeführten Wirkstoffen bewertet der G-BA den Nutzen von erstattungsfähigen Arzneimitteln. Hierbei wird insbesondere der Zusatznutzen gegenüber einer zweckmäßigen Vergleichstherapie bewertet und es werden Hinweise zur wirtschaftlichen Verordnungsweise gegeben. Kürzlich hat der G-BA weitere nachfolgende Beschlüsse im Rahmen der frühen Nutzenbewertung gefasst und in die Anlage XII der AM-RL aufgenommen.

Wirkstoff (Handelsname) Beschlussdatum	Zugelassenes Anwendungsgebiet*	Zusatznutzen*
Abirateronacetat (Zytiga®) 04.07.2013	Zulassungserweiterung: in Kombination mit Prednison oder Prednisolon zur Behandlung des metastasierten, kastrationsresistenten Prostatakarzinoms bei erwachsenen Männern mit asymptomatischem oder mild symptomatischem Verlauf der Erkrankung nach Versagen der Androgenentzugstherapie, bei denen eine Chemotherapie noch nicht klinisch indiziert ist.	Hinweis für einen beträchtlichen Zusatznutzen . Zweckmäßige Vergleichstherapie: abwartendes Vorgehen unter Beibehaltung der bestehenden konventionellen Androgendeprivation
Apixaban (Eliquis®) 20.06.2013	Neues Anwendungsgebiet: zur Prophylaxe von Schlaganfällen und systemischen Embolien bei Patienten mit nichtvalvulärem Vorhofflimmern und einem oder mehreren Risikofaktoren, wie Schlaganfall oder transitorischer ischämischer Attacke in der Anamnese, Alter ≥ 75 Jahre, Hypertonie, Diabetes mellitus, symptomatische Herzinsuffizienz.	Hinweis für einen geringen Zusatznutzen . Zweckmäßige Vergleichstherapie: Vitamin-K-Antagonisten

Wirkstoff (Handelsname) Beschlussdatum	Zugelassenes Anwendungsgebiet*	Zusatznutzen*
Fidaxomicin (Dificlir) 04.07.2013	Behandlung von Clostridium-difficile-Infektionen/Clostridium-difficile-assoziiertes Diarrhö	<ul style="list-style-type: none"> • Ein Zusatznutzen ist nicht belegt.** Zweckmäßige Vergleichstherapie: Metronidazol bei mildem Krankheitsverlauf <ul style="list-style-type: none"> • Beleg für einen beträchtlichen Zusatznutzen. Zweckmäßige Vergleichstherapie: Vancomycin bei schwerem oder rekurrentem Krankheitsverlauf
Ingenolmebutat (Picato®) 04.07.2013	Topische Behandlung von nichthyperkeratosen, nichthypertrophen Aktinischen Keratosen bei Erwachsenen	Ein Zusatznutzen ist nicht belegt.** Zweckmäßige Vergleichstherapie: Diclofenac-Hyaluronsäure Gel (3 %) oder 5-Fluorouracil in der topischen Anwendung oder (chirurgische) Kryotherapie bei der Behandlung von Einzellesionen

* Den vollständigen Text einschließlich der tragenden Gründe finden Sie im jeweiligen Beschluss des G-BA unter www.g-ba.de bzw. in der Fachinformation des Arzneimittels unter Punkt 4.1. Anwendungsgebiete.

** Werden die erforderlichen Nachweise nicht vollständig vorgelegt, gilt der Zusatznutzen im Verhältnis zur zweckmäßigen Vergleichstherapie als nicht belegt (§ 35a Abs. 1 Satz 5 SGB V).

Den Beschlüssen schließen sich die Verhandlungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Herstellern über die Erstattungsbeträge an. Sollte nach sechs Monaten keine Einigung erzielt worden sein, wird das Schiedsamt innerhalb von drei weiteren Monaten entscheiden.

Es ist nicht auszuschließen, dass die Verordnung in den Anwendungsgebieten, in denen ein Zusatznutzen nicht belegt ist, das Arzneimittel jedoch deutlich teurer ist als die zweckmäßige Vergleichstherapie, bis zum Abschluss der Erstattungsvereinbarung von Krankenkassen als unwirtschaftlich erachtet wird.

Ihre Ansprechpartnerinnen: Dr. Anke Möckel, Telefon 03643 559-763
Bettina Pfeiffer, Telefon 03643 559-764

Wirkstoff AKTUELL zu Rivaroxaban bei nicht valvulärem Vorhofflimmern

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt in Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft Informationen „Wirkstoff AKTUELL“ zur Verfügung. Die Veröffentlichung erfolgt auch im Deutschen Ärzteblatt. Darin werden Hinweise zu Indikation, therapeutischen Nutzen und Preisen von zugelassenen Therapien zur Verfügung gestellt, deren Bewertung relevante Studien und Leitlinien zugrunde liegen. Bitte beachten Sie diese Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise unter Bewertung des therapeutischen Nutzens bei der Verordnung der jeweiligen Arzneimittel.

In der **Anlage 3** dieses Rundschreibens erhalten Sie das Informationsblatt „Wirkstoff AKTUELL“ Ausgabe 2/2013 zu Rivaroxaban bei nicht valvulärem Vorhofflimmern. Diese aktuelle Version finden Sie, wie alle bisherigen Informationsblätter, im Internetportal der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter www.kbv.de/publikationen/116.html bzw. www.kbv.de/ais.

Ihre Ansprechpartner: Dr. Anke Möckel, Telefon 03643 559-763
Dr. Urs Dieter Kuhn, Telefon 03643 559-767

Bezug von Glukose beim Gestationsdiabetes

Der Bewertungsausschuss hat die Aufnahme der Abrechnungspositionen für das Screening auf Gestationsdiabetes zum 01.07.2013 in das Kapitel 1.7.4 EBM (Mutterschaftsvorsorge) beschlossen. Die Veröffentlichung im Deutschen Ärzteblatt erfolgte im Heft 27-28 vom 08.07.2013.

In den Gebührenordnungspositionen 01776 und 01777 gemäß EBM sind die Kosten für die Glukoselösung nicht enthalten. Im Zusammenhang mit der Abrechnung der neuen Vorsorgeleistungen für das Screening auf Gestationsdiabetes beachten Sie bitte den korrekten Bezugsweg der Testsubstanz.

Die wirtschaftliche Verordnung der nicht gelösten Substanz (50 g oder 75 g wasserfreie Glukose) erfolgt weiterhin als Sprechstundenbedarf. Seit 2011 ist der Bezug von Fertigarzneimitteln, z. B. **Accu Chek Dextro O.G.-T.**, nicht mehr möglich. Rezepturzubereitungen sowie eine Einzelverordnung auf Patientennamen sind ebenfalls ausgeschlossen.

Wir bitten um Beachtung, um Rückforderungen der Krankenkassen gegenüber dem verordnenden Vertragsarzt zu vermeiden.

Ihre Ansprechpartnerin: Dr. med. Anke Möckel, Telefon 03643 559-763

Angabe des Versorgungszeitraums auf Hilfsmittel-Verordnungen

Wiederholt erreichten uns Anfragen zur Angabe des Versorgungszeitraums bei der Verordnung von zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln, dies betrifft z. B. Inkontinenzmaterialien, Kanülen für Insulin-Pens oder Stechhilfen/Lanzetten für Diabetiker.

Versicherte der Gesetzlichen Krankenkassen müssen bei Hilfsmitteln, welche zum Verbrauch bestimmt sind, eine monatliche Zuzahlung leisten. Daher ist es hilfreich, wenn der behandelnde Arzt die Reichdauer der Verordnung auf dem Rezept angibt – z. B. „für 4 Wochen“, „für 3 Monate“. Weder aus der Hilfsmittel-Richtlinie noch aus der Vordruckvereinbarung ergibt sich allerdings eine Verpflichtung des Arztes genaue Angaben zum Versorgungszeitraum (von ... bis) zu machen. Diese Angaben sind dann von der Apotheke oder dem Sanitätshaus einzutragen.

Für die Recherche zu einzelnen Hilfsmitteln finden Sie das **vollständige Hilfsmittel-Verzeichnis** unter www.rehadat.de oder unter www.gkv-spitzenverband.de – Rubrik „Krankenversicherung → Hilfsmittel“.

Ihre Ansprechpartnerinnen: Dr. Anke Möckel, Telefon 03643 559-763
Bettina Pfeiffer, Telefon 03643 559-764

Genehmigungsverzicht bei Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls

Die Krankenkassen können gemäß § 8 Abs. 4 der Heilmittel-Richtlinie (HM-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses auf die Genehmigung von Verordnungen außerhalb des Regelfalls verzichten. In **Anlage 4** erhalten Sie eine aktualisierte Übersicht der Krankenkassen, die den Genehmigungsvorbehalt ausgesetzt haben. Bitte beachten Sie, dass verschiedene Krankenkassen nur bei einigen Indikationen auf die Genehmigung verzichten.

Mit diesem Genehmigungsverzicht sind die verordnenden Ärzte nicht vom Gebot der Wirtschaftlichkeit entbunden. Der § 9 der HM-RL ist zu beachten. **Auf eine nachträgliche Überprüfung der Wirtschaftlichkeit bzw. medizinischen Notwendigkeit wird seitens der Krankenkassen nicht verzichtet.**

Auch Verordnungen für Erkrankungen mit langfristigem Behandlungsbedarf erfolgen grundsätzlich außerhalb des Regelfalls (§ 8 Abs. 5 HM-RL). Die hierzu zählenden Diagnosen wurden zuletzt in der Broschüre „Anerkennung von Praxisbesonderheiten und langfristigem Therapiebedarf“ (dunkelblau unterlegt) veröffentlicht. Ein Antrags- und Genehmigungsverfahren ist für die Versicherten mit diesen Diagnosen grundsätzlich nicht notwendig.

Weiterhin gilt:

Bei allen Verordnungen außerhalb des Regelfalls ist zwingend eine medizinische Begründung auf dem Formular anzugeben, auch wenn die Krankenkasse auf den Genehmigungsvorbehalt verzichtet.

Bei fehlender Begründung werden die Therapeuten Sie um entsprechende Ergänzung bitten, da kassenseitig die Vergütung der unvollständigen Verordnungen abgelehnt werden kann.

Außerdem kann bei diesen Verordnungen maximal die notwendige Behandlungsmenge für 12 Wochen veranlasst werden. Nach diesem Intervall ist eine Vorstellung des Patienten beim Vertragsarzt für die Ausstellung einer Folgeverordnung zwingend notwendig.

Ihre Ansprechpartnerin: Dr. Anke Möckel, Telefon 03643 559-763

Kennzeichnung von Praxisbesonderheiten

Im vergangenen Rundschreiben 6/2013 haben wir Änderungen bei der Kennzeichnung von Praxisbesonderheiten für den Fall einer Richtgrößenprüfung veröffentlicht. Diese GOP 99710A bis 99865 dienen der quartalsweisen Kennzeichnung von Patienten, bei denen im betreffenden Quartal Verordnungen entsprechend der Legende der angegebenen Kennzeichnungsnummer erfolgten. Dazu sollte die Kennzeichnungsnummer einmal im Quartal als Leistung nur dann bei der Abrechnung angegeben werden, wenn auch eine entsprechende Verordnung im Quartal ausgestellt wurde.

Die Regelungen zum Vorwegabzug aller mit „A“ gekennzeichneten Ziffern entnehmen Sie bitte der Prüfvereinbarung und den Erläuterungen im Rundschreiben 6/2013.

Diesbezügliche Fragen beantworten Ihnen Mitarbeiter aus der Abteilung Verordnungsberatung:

- Dr. Anke Möckel, Telefon 03643 559-763
- Brigitte Heinze, Telefon 03643 559-770
- Thomas Kaiser, Telefon 03643 559-771

Qualitätssicherung

Gilt für alle Ärzte, die Laboruntersuchungen erbringen – Übergangsfrist für die Umsetzung der RiLi BÄK Teil B 2 endete zum 30.06.2013

Bereits Anfang 2008 wurde die Richtlinie der Bundesärztekammer (RiLi BÄK) zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht.

Für **Teil B 2 – Qualitative laboratoriumsmedizinische Untersuchungen** der RiLi BÄK endet nunmehr die zweijährige Übergangsfrist. Darin sind Mindestanforderungen an die interne (Tabelle B2-1) und externe Qualitätssicherung (Tabelle B2-2) festgelegt. Diese Forderungen muss jeder erfüllen, der Laboruntersuchungen in der Heilkunde erbringt. Wenn Sie in Ihrer Praxis qualitative laboratoriumsmedizinische Untersuchungen durchführen, müssen Sie die Forderungen der RiLi BÄK Teil A (Grundlegende Anforderungen) und Teil B 2 vollständig erfüllen. Allerdings sind nur die in der Richtlinie (RiLi BÄK) genannten Ringversuche bei der vertragsärztlichen Abrechnung von Laborleistungen, welche im Bundesmantelvertrag geregelt sind, verpflichtend (siehe **Anlage 5**).

Die in Teil B2-2 genannten Ringversuche sind in Ihrer Praxis hinsichtlich der externen Qualitätssicherung verpflichtend zu erbringen und variieren in der Häufigkeit, haben aber keine Auswirkungen auf die Abrechnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung. Diese Zertifikate sind in Ihrer Praxis für Kontrollen des zuständigen Eichamtes aufzubewahren.

Die RiLi BÄK finden Sie unter www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.120.121.1047.6009

Ihre Ansprechpartnerin: Claudia Wündsche, Telefon 03643 559-714

Verträge

Eckpunkte der Honorarvereinbarung für das Jahr 2013

Nach langwierigen Honorarverhandlungen ist es uns - unter Vermittlung des Schiedsamtes - gelungen, einen Vergleich mit den Thüringer Krankenkassenverbänden zu schließen. Auf der Basis des Vergleichs wird die Honorarvereinbarung derzeit erstellt und nach Beendigung des Unterschriftsverfahrens im Rundschreiben bekanntgegeben.

Im Ergebnis dieses Vergleichs konnten wir eine **Erhöhung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung um insgesamt 6,99 Prozent** gegenüber dem Vorjahr erzielen, um der thüringenspezifischen Morbiditätsstruktur der Versicherten Rechnung zu tragen.

Weiterhin wurden folgende Leistungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung herausgelöst und sind jetzt als **extrabudgetäre Leistungen** (d. h. ohne Mengenbegrenzung und damit ohne Quotierung) abrechenbar:

- antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen nach Abschnitt 35.2 EBM für alle Arztgruppen sowie die probatorischen Sitzungen (GOP 35150 EBM) für die in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen (das sind: Psychotherapeuten, Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte)
- schmerztherapeutische Leistungen für ausschließlich schmerztherapeutisch tätige Ärzte (GOP 30700 - 30708 EBM),
- Narkosen bei zahnärztlichen Behandlungen (GOP 05330, 05331, 05350 EBM)
- Leistungen der spezifischen Immuntherapie (GOP 30130 und 30131 EBM)
- kinderpneumologische Leistungen (GOP 04530 - 04537 EBM)
- nephrologische Leistungen gemäß Abschnitt 13.3.6 EBM und die pädiatrischen nephrologischen Leistungen gemäß Abschnitt 4.5.4 EBM sowie die pädiatrischen Versichertenpauschalen GOP 04110, 04111, 04112, 04120, 04121, 04122 (wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnittes 4.5.4 EBM abgerechnet werden).

Der extrabudgetäre Status der o. g. Leistungen gilt ab 01.01.2013 mit Ausnahme der im letzten Stabstrich genannten nephrologischen Leistungen. Diese sind ab 01.07.2013 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses außerbudgetär abrechenbar.

Der regionale Punktwert für das Jahr 2013 (bis 30.09.) beträgt 3,5363 Cent. Das entspricht einer Erhöhung um 0,9 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Ab 01.10.2013 wird der regionale Punktwert ausgabenneutral auf 10 Euro-Cent gemäß Bewertungsausschuss angehoben.

Die nachfolgenden Leistungen werden darüber hinaus gesondert gefördert:

Förderungswürdige Leistungen	Zuschlag
Hausbesuche/Praxispersonal GOP 40870 und 40872	15 Prozent
Augenärztliche Strukturpauschale GOP 06225	0,5 Cent*
Leistungen der Pflegeheimversorgung GOP 01410 - 01412, 01415 im Heim (i. V. m. GOP 01413)	0,5 Cent*
Kontinuierliche Mitbetreuung eines Patienten mit neurologischer oder psychiatrischer Erkrankung in Heimen GOP 16231 und 21231	0,5 Cent*
Versorgung von Patienten mit Harnableitungen in der häuslichen Pflege, in Heimen oder Wachkomaabteilungen GOP 02321 bis 02323	0,5 Cent*

Förderungswürdige Leistungen	Zuschlag
Neurologisches Gespräch GOP 16220	0,5 Cent*
Psychiatrisches und kinder-/jugendpsychiatrisches Gespräch GOP 21220 und 14220	0,5 Cent*
Polysomnographie GOP 30901	0,5 Cent*

* Punktwertzuschlag

Mit diesem Vergleich ist es uns insbesondere gelungen,

- die thüringenspezifische Morbiditätsstruktur der Versicherten zu berücksichtigen,
- die im Schiedsamt geltend gemachten Anträge der Krankenkassen zur Reduzierung der Gesamtvergütung zurückzuweisen und
- Rechtssicherheit zu erlangen.

▪ Hinweis zum individuellen Punktzahlvolumen

Die Leistungen, die aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung herausgelöst wurden, sind insofern auch nicht mehr Bestandteil des individuellen Punktzahlvolumens. Vor diesem Hintergrund wird Ihr individuelles Punktzahlvolumen, welches sich auf der Basis Ihrer eigenen Abrechnung des Vorjahresquartals ermittelt, um diese Leistungen reduziert, da diese extrabudgetär vergütet werden.

Die förderungswürdigen Leistungen (siehe Tabelle) sind jedoch bis auf wenige Ausnahmen (Hausbesuche/Praxispersonal, Polysomnographie sowie im hausärztlichen Bereich der Mitbesuch im Pflegeheim (GOP 01413H)) Bestandteil des individuellen Punktzahlvolumens. Die mit den Krankenkassenverbänden in Thüringen vereinbarte Förderung wird jedoch parallel außerhalb des individuellen Punktzahlvolumens vergütet.

Ihre Ansprechpartner in der Hauptabteilung

- Vertragswesen: Telefon 03643 559-131
- Abrechnung: Telefon 03643 559-401

Neuer Strukturvertrag „Pflegeheim PLUS Thüringen“ ab 01.07.2013

Mit Wirkung zum 01.07.2013 wurde in Thüringen ein weiterer Vertrag zwischen der AOK PLUS und der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen (KVT) „Strukturvertrag gemäß § 73a SGB V als Ergänzung zum Gesamtvertrag nach § 83 SGB V zur Verbesserung der ambulanten ärztlichen Versorgung der Versicherten in Pflegeeinrichtungen – Pflegeheim PLUS Thüringen –“ geschlossen.

Die Eckpunkte des Strukturvertrages umfassen:

1. Ziele des Vertrages

- Erhöhung der Lebens- und Betreuungsqualität für Bewohner von vollstationären Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage eines Versorgungsverbundes (mindestens zwei Hausärzte für dieselbe Pflegeeinrichtung).
- In Krisensituationen dem Pflegepersonal der am Vertrag teilnehmenden Pflegeeinrichtungen eine telefonische Rufbereitschaft des Versorgungsverbundes zur Verfügung zu stellen, um damit Notdienste und Krankenhäuser zu entlasten.

Im Einzelnen sollen folgende Ziele erreicht werden:

- Verbesserung der ambulanten medizinischen Betreuung der Bewohner in den Pflegeheimen
- Sicherstellung einer optimalen Medikation
- Erhöhung der Lebensqualität der Versicherten der AOK PLUS
- Vermeidung von belastenden Fahrten mit dem Krankentransport sowie Krankenhausbehandlungen

2. Geltungsbereich

Räumlicher Geltungsbereich (Versorgungsregion) dieses Vertrages sind ausschließlich die teilnehmenden vollstationären Pflegeeinrichtungen.

3. Teilnahmeberechtigung der Ärzte

Die Teilnahme der Ärzte am Vertrag „Pflegeheim PLUS Thüringen“ ist freiwillig.

3.1 Teilnahmeberechtigte Hausärzte

- zugelassene Vertragsärzte, bei Vertragsärzten angestellte Ärzte, Vertragsärzte in zugelassenen MVZ sowie zugelassenen Einrichtungen

3.2 Teilnahmeberechtigte Fachärzte

- zugelassene Vertragsärzte, bei Vertragsärzten angestellte Ärzte, Vertragsärzte in zugelassenen MVZ sowie in zugelassenen Einrichtungen folgender Fachgebiete:

Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, Fachärzte für Neurologie, Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychiatrie, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin, Fachärzte für Psychotherapie.

In Abstimmung zwischen den Vertragspartnern können auch Fachärzte für Urologie und Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten teilnehmen.

3.3 Versorgungsverbund

Nach Maßgabe dieses Vertrages ist ein Versorgungsverbund von mindestens 2 Hausärzten der jeweiligen Pflegeeinrichtung Voraussetzung. Darüber hinaus soll der Verbund eine Zusammenarbeit mit mindestens einem teilnehmenden Facharzt aufbauen. Sofern die Voraussetzungen des Versorgungsverbundes nicht mehr vorliegen, endet die Teilnahme des verbleibenden Arztes zum selben Zeitpunkt.

4. Einschreibung der Ärzte

Die Haus- bzw. Fachärzte erklären ihre Teilnahme gemäß Anlage 2 am Vertrag gegenüber der KVT.

Der Arzt erhält von der KVT eine schriftliche Genehmigung mit Festlegung des Teilnahmebeginns (abhängig vom Zustandekommen des Versorgungsverbundes).

5. Aufgaben der Ärzte

Die Aufgaben entnehmen Sie bitte dem Vertragstext, den Sie im Internetportal der KVT unter www.kvt.de (Mitglieder → Verträge → P → Pflegeheim PLUS Thüringen) und der AOK PLUS (www.aok-gesundheitspartner.de/thr/artundpraxis/vertraege/index_10248.html) nachlesen können.

6. Teilnahmeberechtigung/Einschreibung des Versicherten

Versicherte der AOK PLUS können an dem Vertrag teilnehmen, sofern

- sie Bewohner einer der in Anlage 5 aufgeführten vollstationären Pflegeeinrichtung sind
- sie bzw. der entsprechend gesetzliche Bevollmächtigte die Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE-Versicherte - Anlage 1) und die Bedingungen des Vertrages akzeptieren und
- sie einen in der Pflegeeinrichtung an diesem Vertrag teilnehmenden Hausarzt gewählt haben.

Die Einschreibung des Versicherten erfolgt beim Hausarzt auf der von der AOK PLUS zur Verfügung gestellten Teilnahmeerklärung.

Der Hausarzt ist verpflichtet, die Einschreibung der Versicherten innerhalb von 10 Arbeitstagen an die angegebene Adresse der AOK PLUS (Anlage 1) zu senden. Die Versendung dieser Teilnahmeerklärung kann auch von der entsprechenden Pflegeeinrichtung übernommen werden.

Die Teilnahme der Versicherten am Vertrag „Pflegeheim PLUS Thüringen“ ist freiwillig.

7. Vergütung und Abrechnung der Ärzte

Die teilnehmenden Ärzte erhalten zusätzlich zu den regulären vertragsärztlichen Leistungen gemäß EBM nachstehend aufgeführte Vergütungspauschalen, die außerhalb der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung von der AOK PLUS gezahlt werden. Die Abrechnung der vertraglich vereinbarten Leistungen erfolgt gegenüber der KVT im Rahmen der Quartalsabrechnung.

Übersicht der Pauschalen in Kurzfassung:

Vergütungspauschale	Abrechnungsnummer	Vergütung der Pauschale
Hausarzt		
Einschreibepauschale Hausarzt (je eingeschriebenen Versicherten nur einmalig abrechnungsfähig)	99370	10,00 €
Koordinations-, Betreuungs- und Qualitätspauschale (Einhaltung der Rufbereitschaft, einmal im Behandlungsfall je Versicherten, mindestens zwei Besuche im Behandlungsfall)	99371	50,00 €
vor Ort Pauschale Zuschlag zu den EBM-Nrn. 01411, 01412, 01415, 01100, 01101, die aufgrund der Umsetzung der Rufbereitschaft erforderlich werden	99372	30,00 €
Facharzt		
Koordinationspauschale Facharzt (einmal im Behandlungsfall je eingeschriebenen Versicherten, Voraussetzung ist mindestens ein Besuch)	99373	25,00 €
vor Ort Pauschale Zuschlag zu den EBM-Nrn. 01411, 01412, 01415, 01100, 01101, die aufgrund der Umsetzung der Rufbereitschaft erforderlich werden	99374	30,00 €

Ihre Ansprechpartnerin: Carmen Schellhardt, Telefon 03643 559-134

HzV-Vertrag mit der AOK PLUS: Anpassung der Teilnahmeerklärung – Hausarzt

Wie im Rundschreiben 2/2013 auf Seite 7 veröffentlicht, wurde der Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung (AOK PLUS) im Rahmen der 2. Modifikationsvereinbarung mit Wirkung zum 01.01.2013 angepasst und bis zum 31.12.2014 verlängert.

Die wesentliche Änderung des Vertrages ab 01.01.2013 beinhaltet die Anwendung der S3C-Schnittstelle (ehemals gevko-/IT-Vertragsschnittstelle) und die Anpassung der Fristen zum Nachweis des Einsatzes der S3C-Schnittstelle gegenüber der KV Thüringen. Der verpflichtende Einsatz der S3C-Schnittstelle besteht ab dem ersten Tag des zweiten Quartals nach Bereitstellung der S3C-Schnittstelle durch den PVS-Hersteller.

Die Teilnahmeerklärung für den Hausarzt wurde dementsprechend aktualisiert und ist auf der Internetseite der KV Thüringen unter www.kvt.de (Mitglieder → Verträge → H → Hausarztzentrierte Versorgung → AOK PLUS) veröffentlicht.

Ihr Ansprechpartner: Frank Weinert, Telefon 03643 559-136

Qualitätszirkel „Pharmakotherapie“ für Teilnehmer am HzV-Vertrag mit der AOK PLUS

Der Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V im Freistaat Thüringen (HzV) verpflichtet die eingeschriebenen Hausärzte zur jährlichen Teilnahme an drei strukturierten Qualitätszirkel-Sitzungen. Eine dieser Sitzungen muss nachweislich das Thema „Pharmakotherapie“ beinhalten (§ 12 Abs. 1 des Vertrages).

Aufgrund der hohen Teilnehmerzahl am Vertrag bietet die KV Thüringen – in Kooperation mit der AOK PLUS und dem AQUA-Institut – für das Jahr 2013 Großveranstaltungen an, die den teilnehmenden Hausärzten als Nachweis gemäß § 12 Abs. 1 des Vertrages dienen.

Wenn Sie an einer der Großveranstaltungen teilnehmen möchten, melden Sie sich bitte per Telefax mit dem in **Anlage 6** beigefügten Formular an. Sie erhalten nach Anmeldung, einige Wochen vor dem Termin, eine arztindividuelle Auswertung zum Thema „Psychopharmaka“, die im Rahmen der Veranstaltung thematisiert wird.

Bitte haben Sie Verständnis, dass immer nur eine begrenzte Teilnehmerzahl möglich ist.

Ihre Ansprechpartner

- zum Qualitätszirkel: Katharina Döllner, Telefon 03643 559-720
- für Fragen zum Vertrag: Frank Weinert, Telefon 03643 559-136

Ihre Ansprechpartnerinnen vom AQUA-Institut:

- Susanne Mosbach, Telefon 0551 789-5212
- Jelena Jungic, Telefon 0551 789-5228

Anpassung des Strukturvertrages Gestationsdiabetes mit der AOK PLUS

Auf der Internetseite der KV Thüringen unter www.kvt.de – „Aktuelle Meldungen“ wiesen wir auf die Anpassung des Strukturvertrages Gestationsdiabetes zum 01.07.2013 hin.

Aufgrund des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Änderung der Mutterschafts-Richtlinien wurden nunmehr die Leistungen zum Screening auf Gestationsdiabetes GOP 01776, 01777 und 01812 zum 01.07.2013 in den EBM aufgenommen.

Demzufolge wurde der Strukturvertrag gemäß § 73a SGB V über die Diagnostik und Behandlung des Gestationsdiabetes zwischen der KV Thüringen und der AOK PLUS entsprechend angepasst.

Was bedeutet das für den Gynäkologen (Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe)?

Grundsätzlich werden die Leistungen zum Screening auf Gestationsdiabetes ab 01.07.2013 nach EBM (GOP 01776, 01777 und 01812) abgerechnet. In Ausnahmefällen besteht für die Gynäkologen die Möglichkeit bis Ende des 3. Quartals 2013 die bisherigen Abrechnungsnummern 99121 bis 99125 in Ansatz zu bringen. Hierbei ist zu beachten, dass die genannten Abrechnungsnummern nicht neben den ab 01.07.2013 aufgenommenen EBM-Leistungen (GOP 01776, 01777 und 01812) abgerechnet werden können.

Was bedeutet das für die diabetologischen Schwerpunktpraxen?

Zur Teilnahme an dem ab 01.07.2013 gültigen „**Strukturvertrag gemäß § 73a SGB V über die Behandlung des Gestationsdiabetes**“ sind weiterhin alle Vertragsärzte im Zuständigkeitsbereich der KV Thüringen berechtigt, die eine Genehmigung zum Führen der Bezeichnung „Diabetologische Schwerpunktpraxis“ erworben haben und im Rahmen dieses Vertrages die entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen sowie personelle und strukturelle Voraussetzungen erfüllen.

Die Pauschale für die Behandlung und Betreuung von Schwangeren sowie die entsprechenden Schulungsmaßnahmen werden weiterhin nach den bisherigen Abrechnungsnummern und mit den bisherigen Euro-Beträgen von der AOK PLUS extrabudgetär vergütet.

Der vollständige Strukturvertrag gemäß § 73a SGB V über die Behandlung des Gestationsdiabetes zwischen der KV Thüringen und der AOK PLUS ist unter www.kvt.de (Mitglieder → Verträge → G → Gestationsdiabetes) abrufbar.

Ihre Ansprechpartnerin: Carmen Schellhardt, Telefon 03643 559-134

Informationen zur ärztlichen Behandlung von Patienten, die im Ausland krankenversichert sind

Während der Urlaubszeit kommen viele Urlauber nach Deutschland, so dass Sie wieder verstärkt ausländische Patienten in Ihrer Arztpraxis behandeln werden. Nach dem zwischenstaatlichen Krankenversicherungsrecht haben diese Patienten, die im Ausland krankenversichert sind und ärztliche Behandlung benötigen, direkten Anspruch auf eine vertragsärztliche Versorgung. Vorausgesetzt, diese weisen sich mit der Europäischen Krankenversichertenkarte (EHIC) bzw. mit einer provisorischen Ersatzbescheinigung (PEB) sowie ihren Personalausweis oder Reisepass aus.

Um Sie in diesen Fällen bei der Vorgehensweise in der Praxis zu unterstützen, stellen wir Ihnen das **Merkblatt „Informationen für die Praxis – Im Ausland krankenversicherte Patienten“** nochmals zur Verfügung (siehe **Beilage** im Rundschreiben). Es enthält die wichtigsten Hinweise für die ärztliche Behandlung Ihrer Patienten, welche im Ausland krankenversichert sind.

Ihre Ansprechpartnerin: Carmen Schellhardt, Telefon 03643 559-134

Alles was Recht ist

Antworten der Rechtsabteilung auf Ihre Fragen aus dem Praxisalltag

Frage 1:

Dürfen Zahnärzte Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigungen zur Freistellung der Eltern bei notwendiger Pflege der erkrankten Kinder ausstellen?

Ja. Zwar stellt die Kassenzahnärztliche Vereinigung derartige Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigungen nicht bereit und im zahnärztlichen Bereich gibt es hierzu keine Vereinbarung. Für Zahnärzte gilt aber in jedem Fall, wenn im Einzelfall aufgrund zahnmedizinischer Indikationen Eltern zur Pflege erkrankter Kinder freigestellt werden müssen, ist dies formlos auf Zahnarztkopfbogen mit Abrechnungsstempel und Unterschrift zu bescheinigen. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, die Vertragsärzte in diesen Fällen ausstellen, können Zahnärzte nicht verwenden.

Frage 2:

Darf ein Beschäftigungsverbot bei Schwangeren nur der Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe attestieren?

Nein. Nach § 3 Abs. 1 Mutterschutzgesetz dürfen werdende Mütter nicht beschäftigt werden, soweit nach ärztlichem Zeugnis Leben oder Gesundheit der Mutter oder des Kindes bei Fortdauer der Beschäftigung gefährdet ist. Das entsprechende ärztliche Attest kann jede Ärztin bzw. jeder Arzt ausstellen.

Wenn Sie Fragen haben, rufen Sie uns an oder senden Ihre Fragen per E-Mail an justitiariat@kvt.de

Ihre Ansprechpartnerin: Ass. jur. Bettina Jäger-Siemon, Telefon 03643 559-140

Informationen

Neue Meldeformulare für Arzt- und Labormeldung nach Infektionsschutzgesetz und Thüringer Meldeverordnung

Zum 21.03.2013 wurde das Infektionsschutzgesetz (IfSG) geändert. Danach sind nunmehr die impfpräventablen Erkrankungen Mumps, Pertussis, Röteln einschließlich Rötelnembryopathie und Varizellen nach § 6 Infektionsschutzgesetz meldepflichtig. Eine namentliche Meldung von Krankheitserregern, soweit die Nachweise auf eine akute Infektion hindeuten, wurde um die Meldung von Bordetella pertussis, Bordetella Parapertussis, Mumpsvirus, Rubellavirus und Varizella-Zoster-Virus ergänzt (§ 7 Abs. 1 des IfSG). Die Meldung von Cryptosporidium parvum wurde durch die Meldung vom humanpathogene Cryptosporidium sp. und Leptospira interrogans durch humanpathogen Leptospira sp. ersetzt. Die Meldepflicht für die nicht namentliche Meldung von Rubellavirus (konnatale Infektionen) wurde gestrichen. **Grundsätzlich muss die namentliche Meldung unverzüglich und spätestens innerhalb von 24 Stunden nach erlangter Kenntnis gegenüber dem für den Aufenthalt des Betroffenen zuständigen Gesundheitsamts vorliegen.**

Diese **aktualisierten Meldeformulare – mit Stand 01.07.2013** – stehen Ihnen für die Meldung von „Meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG und § 1 ThürIfKrMVO“ sowie Labor-Meldeformular zum „Nachweise von Krankheitserregern gemäß §§ 7, 8, 9 IfSG“ im Internetportal des Thüringer Landesamtes für Verbraucherschutz unter

www.thueringen.de/th7/tlv/gesundheitschutz/infektionsschutz/epi/

zur Verfügung.

Gelbfieberimpfstellen im Freistaat Thüringen

Auf Grund von Änderungen werden in **Anlage 7** dieses Rundschreibens die von der obersten Landesgesundheitsbehörde, Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit, zugelassenen Gelbfieberimpfstellen im Freistaat Thüringen mit dem aktuellen Stand vom 01.07.2013 veröffentlicht.

„Morbus Osler – mehr als nur Nasenbluten“ – neue Kurzinformation für Patienten erschienen

Morbus Osler ist eine seltene, erbliche Erkrankung, die oft auch als hereditäre hämorrhagische Teleangiectasie (HHT) bezeichnet wird. Nach Schätzungen ist etwa einer von 5000 Menschen daran erkrankt. Bei Morbus Osler sind manche Blutgefäße krankhaft erweitert und sehr verletzlich. Es kommt bei mehr als 90 von 100 Betroffenen zu wiederkehrendem Nasenbluten. Dies kann so beeinträchtigend sein, dass Erkrankte ihren Alltag nicht bewältigen oder nachts nicht schlafen können. Bei vielen sind Gefäßfehlbildungen auch in inneren Organen wie etwa Magen-Darm-Trakt, Lunge, Leber oder Gehirn vorhanden.

Auf zwei Seiten informiert die neu erschienene Kurzinformation „Morbus Osler – mehr als nur Nasenbluten“ über Krankheitszeichen, Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten. Patienten finden hier wichtige Fakten und praktische Tipps zum besseren Umgang mit der Erkrankung.

Das Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) entwickelt im Auftrag von Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und Bundesärztekammer (BÄK) qualitätsgeprüfte medizinische Informationen für Patienten. In einem Kooperationsprojekt erstellt das ÄZQ gemeinsam mit der Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen (ACHSE) e. V. zehn Kurzinformationen für Patienten zu ausgewählten seltenen Erkrankungen, um die Aufmerksamkeit für dieses Thema zu erhöhen.

Die Informationen stehen allen niedergelassenen Ärzten zum Ausdrucken kostenlos zur Verfügung, um sie bei Bedarf Patienten persönlich auszuhändigen. Zu ausgewählten Themen liegen Übersetzungen in Arabisch, Englisch, Französisch, Spanisch, Russisch und Türkisch vor.

Die Kurzinformation „Morbus Osler“ sowie Informationen zu über 30 weiteren Themen können Sie unter www.patienten-information.de/mdb/downloads/kip/aezq-version-kip-morbus-osler.pdf abrufen.

Soforthilfen für Hochwassergeschädigte in Thüringen – Hilfsmaßnahmen wurden beendet

Der Vorstand der KV Thüringen hatte Anfang Juni eine Soforthilfe für die vom Hochwasser geschädigten Praxen in Thüringen in Höhe von 5.000 € beschlossen. Seit dieser Zeit wurden 24 Praxen mit je 5.000 € unterstützt, eine Praxis mit 1.500 € und eine Praxis mit 2.500 €. Insgesamt sind 124.000 € als Soforthilfe für die Hochwasseropfer ausgezahlt worden.

Parallel dazu organisierte das Ärztenetz-Erfurt e. V. eine Soforthilfe in Form von Geldspenden und technischen Geräten sowie Praxismobiliar. Hierfür wurde eine separate Internetseite www.goodmed.de eingerichtet, so dass betroffene Ärzte sich aktuell über die Hilfsangebote informieren konnten. Zusätzlich wurden Transportmöglichkeiten angeboten. Innerhalb weniger Wochen kam eine Spendensumme von 7.550 € zusammen. Die Regionalstelle Nordhausen hat ebenfalls beschlossen, den betroffenen Praxen mit einer Spende zu unterstützen. Dieses Hilfsprogramm wurde am 15.07.2013 abgeschlossen.

Im Namen des Vorstandes und der Vertreterversammlung möchten wir uns bei allen Spendern, insbesondere dem Ärztenetz-Erfurt e. V. und der Regionalstelle Nordhausen, herzlich bedanken.

Ihr Ansprechpartner: Sven Auerswald, Telefon 03643 559-196

Frühe Hilfen in Thüringen – Präventiver Kinderschutz durch multiprofessionelle Kooperation

Frühe Hilfen sind präventive, niedrigschwellig zugängliche Hilfeangebote für Schwangere und Familien mit Kindern bis drei Jahren, die Belastungssituationen in Familien verringern oder überwinden helfen sollen.

Aktuell werden in den 23 Thüringer Kommunen in der Regel unter Führung der Jugendämter multiprofessionelle Netzwerke aufgebaut. In jeder Thüringer Kommune stehen als Ansprechpartner jeweils eine Netzwerkkoordinatorin oder ein Netzwerkkoordinator zur Verfügung. Deren Aufgabe ist es, Vertreterinnen und Vertreter der regionalen Hilfesysteme an einen Tisch zu bringen. Die Netzwerkkoordinatorinnen und Netzwerkkoordinatoren sollen die in der Region vorhandenen Hilfe- und Unterstützungsangebote als Ressource bekannt machen und in Kooperation mit den lokalen Partnerinnen und Partnern die Übergänge zwischen einzelnen Hilfeangeboten gestalten. Eine enge Verzahnung und gezielte Vermittlung soll letztlich dafür sorgen, dass Hilfeleistungen und Unterstützungsangebote zuverlässiger dort ankommen, wo sie gebraucht werden: bei werdenden Müttern bzw. Vätern und Familien mit kleinen Kindern, die sich in Belastungssituationen befinden.

Darüber hinaus soll in den lokalen Netzwerken der fachliche Austausch der einzelnen Akteure gefördert werden. Dazu gehört, den gemeinsamen Fortbildungsbedarf der Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartner zu erheben (z. B. Umgang mit datenschutzrechtlichen Bestimmungen oder Einschätzung von Kindeswohlgefährdungen) und für die örtlichen Fachkräfte multiprofessionelle Fortbildungen zu organisieren. Aufgrund des natürlichen und vertrauensvollen Zugangs zu Familien sind niedergelassene Allgemeinmediziner, Kinderärzte, Gynäkologen, aber auch andere Fachärzte sowie weitere Angehörige der Heilberufe hierbei ganz wichtige Partner. Gesetzliche Grundlage ist das Bundeskinderschutzgesetz. Dieses zielt darauf ab, die Entwicklungsbedingungen und Zukunftschancen für Kinder deutlich zu verbessern.

Die KV Thüringen, die Landesärztekammer Thüringen und das Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit unterstützen den Aufbau dieser lokalen Netzwerke. Sie sind herzlich eingeladen, sich an diesem Auf- bzw. Ausbau zu beteiligen. Die Kontaktdaten der lokalen Netzwerkkoordinatorinnen und Netzwerkkoordinatoren erhalten Sie bei den Landeskoordinatoren E-Mail: Birgit.Hoehlein@tmsfg.thueringen.de oder E-Mail: Mattias.Loew@tmsfg.thueringen.de.



Pharmakotherapeutischer Arbeitskreis Jena

Die nächste Veranstaltung der Arzneimittelkommission des Klinikums der Friedrich-Schiller-Universität Jena findet gemeinsam mit allen interessierten niedergelassenen Vertragsärzten und Apothekern **am 18.09.2013, um 17.15 Uhr** statt.

Thema: **Die Haut – Was tun, wenn die Barriere gestört ist?**

Referentin: Michaela Gruschke, Universitätsklinikum Jena, Apotheke

Ort: im Klinikum 2000, Seminarraum 1, Erlanger Allee 101, Jena-Lobeda Ost

Leitung/

Moderation: PD Dr. rer. nat. habil. M. Hippus (Institut für Klinische Pharmakologie) und
PD Dr. rer. nat. med. habil. M. Hartmann (Apotheke des Klinikums)

Auskunft/

Anmeldung: Apotheke des Klinikums der Friedrich-Schiller-Universität Jena,
PD Dr. rer. nat. med. habil. M. Hartmann, Telefon 03641 9325401

Die Veranstaltung wird mit zwei Punkten der Kategorie A auf das Fortbildungszertifikat der Landesärztekammer Thüringen anerkannt.

Ihre Ansprechpartnerin in der KV: Dr. Editha Kniepert, Telefon 03643 559-760

Termine 2013 zum Qualitätszirkel „Pharmakotherapie“ für Teilnehmer am HzV-Vertrag mit der AOK PLUS

Aufgrund der hohen Teilnehmerzahl am HzV-Vertrag bietet die KV Thüringen – in Kooperation mit der AOK PLUS und dem AQUA-Institut – für das Jahr 2013 Großveranstaltungen an, die den teilnehmenden Hausärzten als Nachweis gemäß § 12 Abs. 1 des Vertrages dienen.

Die Großveranstaltungen „Qualitätszirkel Pharmakotherapie“ finden mittwochs,

**am 25.09.2013, 23.10.2013, 30.10.2013, 13.11.2013 und 20.11.2013,
jeweils ab 15.00 Uhr
im Haus der KV Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, Weimar**

statt.

Wenn Sie eine der o. g. Veranstaltungen besuchen möchten, melden Sie sich bitte per Telefax mit dem in **Anlage 6** beigefügten Formular an. Sie erhalten nach Anmeldung, einige Wochen vor dem Termin, eine arzt-individuelle Auswertung zum Thema „Psychopharmaka“, die im Rahmen der Veranstaltung thematisiert wird.

Ihre Ansprechpartner

- zum Qualitätszirkel: Katharina Döllner, Telefon 03643 559-720
- für Fragen zum Vertrag: Frank Weinert, Telefon 03643 559-136

Ihre Ansprechpartnerinnen vom AQUA-Institut:

- Susanne Mosbach, Telefon 0551 789-5212
- Jelena Jungic, Telefon 0551 789-5228

Integrierte Versorgung auf hohem Niveau: Denn es gibt keine Vollkaskoversicherung vom Staat

Termin: **05.09.2013, 09:00 bis 18:00 Uhr**

Ort: Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e.V.
- Nationale Akademie der Wissenschaften -
Jägerberg 1, 06108 Halle (Saale)

Kongressprogramm:

- Das Versorgungsstrukturgesetz (u. a. Vorteile der Integrierten Versorgung; Stand und Perspektiven der spezialfachärztlichen Versorgung in Deutschland)
- Die Bewertung des SVR-Gutachtens und der Monitoring-IV-Studie von 2012 aus Sicht der Wissenschaft
- Integrierte Versorgung in der Praxis (IV-Vertrag über die Versorgung kardiovaskulär erkrankter Patienten – „CARDIO-Integral“ in Sachsen; „Agnes 2 hat die Probezeit bestanden“ – Ärztliche Versorgung in der Region; Die neue Vergütungsregelung für Ärztenetze: Der § 87 b SGB V; Internationale Erfahrungen der Integrierten Versorgung und Gegenüberstellung zu deutschen Erkenntnissen – was scheint besser und was schlechter zu funktionieren?; Chancen der Ärztenetze im Versorgungsgeschehen)
- Abschlussdiskussion „Integrierte Versorgung: Hoch spezialisiert, innovativ, vernetzt, ökonomisch aber aussichtslos?

Moderatoren:

- Prof. Dr. Thomas Schlegel, Kanzlei für Medizinrecht Schlegel, Hohmann und Partner, Frankfurt-Hamburg-Köln-Berlin
- Dr. Birgit Cobbers, Leiterin der Geschäftsstelle des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen beim Bundesministerium für Gesundheit

Diese Veranstaltung wird mit acht Fortbildungspunkten zertifiziert.

Anmeldung: per Telefax 0345 681272-225
per E-Mail kongress@ivmplus.de

Fortbildungsveranstaltungen der KV Thüringen

Datum/ Uhrzeit	Thema/ Zertifizierung	Referent(en)	Zielgruppe/ Gebühr
Mittwoch, 28.08.2013, 14:00–19:00 Uhr	Heilmittel-Regressprophylaxe 6 Punkte Kategorie A	Dr. med. habil. Editha Kniepert, Leiterin der Hauptabteilung Verordnungs- und Wirtschaftlichkeitsberatung der KVT, Weimar	Vertragsärzte Kostenfrei
Samstag, 01.06.2013, 09:00–14:00 Uhr Samstag, 29.06.2013, 09:00–14:00 Uhr Samstag, 31.08.2013, 09:00–15:00 Uhr	Fortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte „Nichtärztliche Praxisassistentin“ – Koordination und Organisation von Therapie- und Sozialmaßnahmen/Strukturierte Schulungen (B10.1–10.6) Anmeldung über die Landesärztekammer (www.laek-thueringen.de)	Dipl.-Bw. Christiane Maaß, Leiterin der Abteilung Qualitätssicherung der KVT, Weimar	Praxispersonal 160,00 € für alle Termine
Mittwoch, 04.09.2013, 14:00–18:00 Uhr	Verordnungsmanagement in der vertragsärztlichen Praxis (Aufbaukurs)	Dr. med. habil. Editha Kniepert, Leiterin der Hauptabt. Verordnungs- und Wirtschaftlichkeitsberatung der KVT, Weimar	Praxispersonal Kostenfrei
Freitag, 13.09.2013, 15:00–18:00 Uhr	EBM für Fortgeschrittene – hausärztlicher Versorgungsbereich 3 Punkte Kategorie A	Steffen Göhring, Leiter der Abteilung Leistungsabrechnung der KVT, Weimar	Vertragsärzte Kostenfrei

Terminkalender

Datum/ Uhrzeit	Thema/ Zertifizierung	Referent(en)	Zielgruppe/ Gebühr
Mittwoch, 18.09.2013, 13:00–19:00 Uhr	Änderungen und Neuerungen QEP 7 Punkte Kategorie A	Andrea Wolf, Praxismanagerin/ QEP-Trainerin/Qualitätsbeauftragte und interne Auditorin (DGQ), H+M Healthcare Management GmbH, Erfurt	Vertragsärzte, Praxispersonal, Psychotherapeuten 120,00 €
Mittwoch, 18.09.2013, 15:00–19:00 Uhr	Sag nicht „Ja“, wenn Du „Nein“ denkst	Dipl.-Theol. Torsten Klatt-Braxein, Coach, Supervisor, Paartherapeut; Programm Salus Medici, Praxisent- wicklung, Berlin	Praxispersonal 45,00 €
Mittwoch, 18.09.2013, 14:00–19:00 Uhr	Verordnung von Arznei-, Verband- und Hilfsmitteln, Sprechstundenbedarf und Impfstoffen, Teil 1 7 Punkte Kategorie A	Dr. med. habil. Editha Kniepert, Leiterin der Hauptabteilung Verord- nungs- und Wirtschaftlichkeitsbera- tung der KVT, Weimar	Vertragsärzte Kostenfrei
Mittwoch, 25.09.2013, 15:00–19:00 Uhr	Autogenes Training nach Schultz und Progressive Muskelentspannung nach Jacobson (Schnupperkurs)	Denise Pfeufer, Gesundheits- und Entspannungspädagogin, Breiten- bach	Vertragsärzte, Praxispersonal, Psychotherapeuten 45,00 €
Mittwoch, 25.09.2013, 15:00–18:00 Uhr	Kinder- und Erwachsenenimpfung	Dr. med. Anke Möckel, Leiterin der Abteilung Verordnungsberatung der KVT, Weimar	Praxispersonal 45,00 €
Mittwoch, 25.09.2013, 15:00–18:00 Uhr	Qualitätszirkel „Pharmakotherapiebera- tung“ für Teilnehmer am HzV-Vertrag mit der AOK PLUS	Dr. rer. nat. Petra Kaufmann-Kolle, wissenschaftliche Mitarbeiterin am AQUA Institut und dort verantwor- tlich für den Bereich Pharmakothe- rapie/datenbasierte strukturierte Qualitätszirkel	Vertragsärzte Kostenfrei
Freitag, 25.09.2013 27.09.2013, 15:00–18:00 Uhr	EBM für Fortgeschrittene – fachärztlicher Versorgungsbereich 5 Punkte Kategorie C	Steffen Göhring, Leiter der Ab- teilung Leistungsabrechnung der KVT, Weimar	Vertragsärzte Kostenfrei
Ab Samstag, 28.09.2013, 09:00–16:00 Uhr	Praxismanager Termine komplett: Samstag, 28.09.2013 Samstag, 12.10.2013 Samstag, 09.11.2013 Samstag, 30.11.2013 Samstag, 07.12.2013 jeweils 09:00–16:00 Uhr	Christel Mellenthin, QM-Berate- rin (DGQ)/QEP-Trainerin, H+M Healthcare Management GmbH, Erfurt	Praxispersonal 755,00 € für den gesamten Lehr- gang inkl. 75,00 € für Prüfung

Die Teilnahme an den angebotenen Schulungen ist nur nach vorheriger schriftlicher Anmeldung möglich. Das Anmeldeformular finden Sie stets in der Beilage „Interessante Fortbildungsveranstaltungen“ und im Internet unter www.kvt.de. Bitte senden Sie uns das Formular per Fax an 03643 559-291 oder buchen Sie Ihr Seminar einfach online über unseren Fortbildungskalender.

Kinderbetreuungsangebot

Sie haben die Möglichkeit, Ihre Kinder während eines Seminars von erfahrenem Fachpersonal betreuen zu lassen. Bei Interesse teilen Sie uns dies bitte telefonisch oder über das Anmeldeformular mit.

Bei allgemeinen Fragen zum Fortbildungskalender wenden Sie sich bitte an Susann Binnemann, Tel. 03643 559-230 und bei Fragen zur Anmeldung an Silke Jensen, Tel. 03643 559-232.

Veranstaltungen der Landesärztekammer Thüringen

Für nachfolgende Veranstaltungen wenden Sie sich bitte bei **Anmeldungen und Auskünften** an die

Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Thüringen

Anmeldung/Auskunft: Postfach 100740, 07740 Jena

Telefon: 03641 614-142, -143, -145 Telefax: 03641 614-149

E-Mail: akademie@laek-thueringen.de

▪ **Eisenmangel – Neue Wege in der Diagnostik und neue Möglichkeiten der Therapie**

- Welche Laborparameter sollten zur Beurteilung des Eisenhaushaltes bestimmt werden?
Referent: Dr. med. Sven Löbel, Jena
- Therapie der Eisenmangelanämie und Tumoranämie
Referent: PD Dr. med. Paul La Rosée, Jena
- Eisensubstitution bei renaler Anämie und bei Herzinsuffizienz,
Referent: PD Dr. med. Martin Busch, Jena

Termin: 11.09.2013, 17:00 bis 19:00 Uhr

Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena

Leitung: Prof. Dr. med. Günter Stein, Jena

Gebühr: kostenfrei

Zertifizierung: 3 Punkte, Kategorie A

▪ **Hygienekongress 2013**

Sächsische Landesärztekammer, Landesärztekammer Sachsen-Anhalt, Landesärztekammer Thüringen, Krankenhausgesellschaft Sachsen

1. Teil – Krankenhaushygiene
2. Teil – 28. Dresdner Kolloquium „Umwelt und Gesundheit“

Termin: 28.09.2013

Ort: Sächsische Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Kontakt: Sächsischen Landesärztekammer

Frau Thomas vom Referat Medizinische u. ethische Sachfragen,

Telefon: 0351 8267-379, Fax: 0351 8267-312

Gebühr: kostenpflichtig

Zertifizierung: 8 Punkte

▪ **Medizin in der Literatur „Arzt und Patient, Krankheit und Therapie bei Karl Jaspers“**

Termin: 16.10.2013 17:00 bis 19:00 Uhr

Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena

Leitung: Prof. Dr. phil. Dietrich von Engelhardt, Karlsruhe

Gebühr: kostenfrei

▪ **Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung**

(gemäß § 7 Abs. 3 und § 23 Abs. 2 Nr. 2a GenDG)

Refresherkurs + Wissenstest

Termin: 11.09.2013, 12:00 bis 18:30 Uhr (für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin)

Termin: 18.09.2013, 12:00 bis 18:30 Uhr (für alle Fachgebiete)

Gebühr: je 100 €

Ort: Institut für Humangenetik, Kollegiengasse 10, 07743 Jena

Leitung: Dr. med. Isolde Schreyer, Jena

Zertifizierung: je 9 Punkte, Kategorie A

▪ Fortbildungstag Laboratoriumsmedizin: Infektionserkrankungen nach Tropenrückkehr

Termin: 21.09.2013 09:00 bis 13:00 Uhr
Ort: Augustinerkloster, Augustinerstraße 10, 99084 Erfurt
Leitung: Dr. med. habil. Hans-Jürgen Wolff, Arnstadt
Gebühr: kostenfrei
Zertifizierung: 4 Punkte, Kategorie A

▪ Kombiniertes Aufbau- und Abschlusskurs CW-Dopplersonographie und Duplexsonographie der Extremitätenversorgenden Gefäße

Aufbaukurs: 20.09.2013, 13:00 Uhr, bis 22.09.2013, 16:00 Uhr
Gebühr: 360 €
Zertifizierung: 26 Punkte, Kategorie C

Abschlusskurs: 21.09.2013, 09:00 Uhr, bis 22.09.2013, 16:00 Uhr
Gebühr: 280 €
Zertifizierung: 20 Punkte, Kategorie C

Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena
Leitung: Dr. med. Reginald Weiß, Bad Berka, Dr. med. Sven Uwe Seifert, Chemnitz

Praxispersonal

▪ EKG-Kurs für Praxispersonal mit praktischen Übungen

Termin: 31.08.2013, 09:00 bis 14:00 Uhr
Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena
Leitung: Sandra Guttstein, Erfurt
Gebühr: 60 €

Themen:

- Anatomie und Physiologie des Herzens
- Erregungsleitung im Überblick
- Extremitäten- und Brustwandableitungen
- Störungen und Fehlerquellen der EKG-Aufzeichnung
- das normale Ruhe-EKG
- EKG-Veränderungen (Ursachen, Besonderheiten)
- wesentliche Herzrhythmusstörungen
- Infarkt-EKG
- Übungen zur EKG-Auswertung
- praktische Übungen zum Anlegen

▪ Belastungs-EKG-Seminar mit EKG-Auffrischungskurs

Auffrischungskurs:

- Auswertung von EKG-Beispielen
- Reizleitung
- Bewertungsablauf
- Einteilung und Normwerte
- Lagetypbestimmung
- Veränderungen in den Ableitungen

Belastungs-EKG-Kurs:

- Durchführung von Belastungs-EKGs (theoretisch)
- wichtige Abbruchkriterien
- Besonderheiten
- Besprechen und Auswerten von Belastungs-EKG-Beispielen

Zeit: 28.09.2013 09:00 bis 16:30 Uhr

Gebühr: 80 Euro

Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena

Leitung: Sandra Guttstein, Erfurt

▪ **Harnanalyse – Tipps, Tricks und Hinweise**

Termin: 16.10.2013, 15:00 bis 17:30 Uhr

Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena

Leitung: Manuela Kindervater, Jena

Gebühr: 30 €

Themen:

- Grundlagen der Harnbildung
- Umgang mit Teststreifen
- Testauswertung und Interpretationen
- Hinweise zur Gewinnung und Aufbewahrung von Urinproben
- praktische Übungen

▪ **Basisseminar zur Blutgerinnung**

- Basiswissen zur Blutgerinnung
- Messung der Blutgerinnung
- Therapieformen
- Einflussfaktoren
- Besonderheiten und Komplikationen in der Therapie

Termin: 12.10.2013, 09:00 bis 12:00 Uhr

Ort: Landesärztekammer Thüringen, Im Semmicht 33, 07751 Jena

Leitung: Sandra Guttstein, Erfurt

Gebühr: 40 Euro

Änderungen des EBM zum 01.10.2013 für Haus- und Kinderärzte

Das sind die wesentlichen Änderungen im Überblick:

1. Die Versichertenpauschale wird schlanker und stärker altersorientiert

Aus der Versichertenpauschale GOP 03000 für Hausärzte und GOP 04000 für Kinder- und Jugendärzte werden zwei Leistungen ausgegliedert, die künftig als Einzelleistung abgerechnet werden können: Das ausführliche Gespräch und das Vorhalten hausärztlicher Praxisstrukturen (siehe Punkte 2 und 3).

Zudem ist die Versichertenpauschale künftig noch stärker nach Altersgruppen differenziert, um die altersspezifische Morbidität besser abzubilden. Statt bislang drei Altersgruppen gibt es künftig fünf. Sie sind unterschiedlich hoch bewertet.

Die neuen fünf Altersgruppen und die jeweilige Vergütung einmal im Behandlungsfall sind:	
bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	= 236 Punkte (23,60 Euro)
vom 5. Lebensjahr bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	= 150 Punkte (15,00 Euro)
vom 19. Lebensjahr bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	= 122 Punkte (12,20 Euro)
vom 55. Lebensjahr bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	= 157 Punkte (15,70 Euro)
vom 76. Lebensjahr	= 210 Punkte (21,00 Euro)

Hinweis:

Der Arzt hat bei der Abrechnung keinen höheren Aufwand, denn er rechnet die GOP 03000 oder 04000 ab. Die zutreffende Bewertung der Versichertenpauschale wird von der KV automatisch zugesetzt.

2. Ausführliche Gespräche können einzeln abgerechnet werden

Ärzte können das ausführliche, mindestens zehn Minuten dauernde Gespräch mit einem Patienten und/oder einer Bezugsperson künftig als Einzelleistung abrechnen. Voraussetzung ist, dass das Gespräch im Zusammenhang mit einer lebensverändernden Erkrankung steht. Dafür wird die GOP 03230 für Hausärzte und die GOP 04230 für Kinder- und Jugendärzte eingeführt und mit jeweils 90 Punkten (9,00 Euro) bewertet.

Das ausführliche Gespräch war bislang in der Versichertenpauschale enthalten. Damit eine Ausweitung der Gesprächsleistungen nicht zu Lasten aller Hausärzte geht, ist ein praxisbezogenes Gesprächskontingent vorgesehen.

3. Pauschale für das Vorhalten hausärztlicher Praxisstrukturen

Neben dem ausführlichen Gespräch ist auch das Vorhalten hausärztlicher Praxisstrukturen bislang mit der Versichertenpauschale abgegolten. Das ändert sich nun: Das Vorhalten von Praxisstrukturen, die zur Erfüllung der hausärztlichen Grundversorgung notwendig sind, wird aus der Versichertenpauschale ausgegliedert und eine sogenannte **Vorhaltepauschale** eingeführt.

Diese Vorhaltepauschale kann einmal im Quartal pro Behandlungsfall abgerechnet werden, wenn der Arzt den hausärztlichen Versorgungsauftrag wahrnimmt. Dies gilt auch für die Behandlung von Diabetes-, HIV- oder Substitutionspatienten.

Ausgenommen sind jedoch Behandlungsfälle, in denen der Arzt zusätzlich oder ausschließlich Leistungen durchführt, die nicht grundsätzlich zum hausärztlichen Versorgungsauftrag zählen – zum Beispiel Akupunktur, Psychotherapie, Schmerztherapie und Schlafdiagnostik. Die Vorhaltepauschale wird für Hausärzte (GOP 03040) sowie für Kinder- und Jugendärzte (GOP 04040) mit jeweils 140 Punkten (14 Euro) bewertet.

Hinweis:

Der Arzt hat bei der Abrechnung keinen höheren Aufwand, denn die Vorhaltepauschale wird von der KV automatisch zugesetzt.

4. Einführung neuer Leistungen in den EBM

Um die ambulante medizinische Versorgung der Patienten weiter zu verbessern, werden einige Leistungen neu in den EBM aufgenommen. Das sind:

- **Leistungen der geriatrischen Versorgung für Patienten ab vollendetem 70. Lebensjahr**
Um die geriatrische Versorgung gezielt zu fördern, wird die GOP zum Basisassessment angepasst und eine zusätzliche GOP zur Betreuung für die Patienten eingeführt, die aufgrund der Art, Schwere und Komplexität ihrer Krankheitsverläufe einen besonders aufwändigen ambulanten Versorgungsbedarf haben. Ein zusätzlicher Qualifikationsnachweis ist nicht erforderlich.
- **Leistungen der allgemeinen Palliativversorgung**
Zur Förderung der hausärztlichen Palliativversorgung werden GOP zur Eingangsdiagnostik und zur Betreuung in die Kapitel 3 und 4 des EBM aufgenommen.
- **Sozialpädiatrische Leistungen der Kinder- und Jugendärzte**
Durch die Aufnahme einer GOP in das Kapitel 4 des EBM soll der zusätzliche Aufwand bei der Betreuung chronisch kranker und/oder behinderter Kinder besser berücksichtigt werden.
- Die Krankenkassen stellen zur Finanzierung dieser drei Leistungen 124 Millionen Euro im Jahr bereit.

5. Der Chronikerzuschlag wird neu geregelt

Die bestehende Regelung zum sogenannten Chronikerzuschlag wird aufgehoben. Um den zusätzlichen Aufwand bei der Behandlung chronisch Kranker besser abbilden zu können, wird es zwei Gebührenordnungspositionen geben:

- Die erste GOP (03220 für Hausärzte/04220 für Kinder- und Jugendärzte) kann bei **einem Arzt-Patienten-Kontakt im Behandlungsfall** abgerechnet werden. Sie wird mit **130 Punkten (13 Euro)** bewertet.
- Die zweite GOP (03221 für Hausärzte/04221 für Kinder- und Jugendärzte) ist mit **150 Punkten (15 Euro)** etwas höher bewertet als die erste. Sie kann dann abgerechnet werden, wenn **mindestens zwei Arzt-Patientenkontakte im Behandlungsfall** bestanden haben.

In Behandlungsfällen, in denen Leistungen abgerechnet werden, die nicht zum grundsätzlichen hausärztlichen Versorgungsauftrag gezählt werden, wird kein Chronikerzuschlag gezahlt.

Die Faustregel: Keine Vorhaltepauschale – kein Chronikerzuschlag.

Beschluss



Gemeinsamer
Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Anlage VI - Off-Label-Use Intravenöse Immunglobuline (IVIG) bei Polymyositis und bei Dermatomyositis

Vom 18. April 2013

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 18. April 2013 beschlossen, die Richtlinie über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinie) in der Fassung vom 18. Dezember 2008 / 22. Januar 2009 (BAnz. Nr. 49a vom 31. März 2009), zuletzt geändert am T. Monat JJJJ (BAnz-Nr. XX S. XX XXX), wie folgt zu ändern:

I. Der Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie wird in Teil A eine Ziffer XII. wie folgt angefügt:

„XII. Intravenöse Immunglobuline (IVIG) bei Polymyositis im Erwachsenenalter (Add-on-Behandlung bei therapieresistentem Verlauf) und bei Dermatomyositis im Erwachsenenalter (Add-on-Behandlung bei therapieresistentem Verlauf)“

1. Hinweise zur Anwendung von Intravenösen Immunglobulinen (IVIG) bei Polymyositis im Erwachsenenalter (Add-on-Behandlung bei therapieresistentem Verlauf) und bei Dermatomyositis im Erwachsenenalter (Add-on-Behandlung bei therapieresistentem Verlauf) gemäß § 30 Abs. 2 AM-RL

a) Nicht zugelassenes Anwendungsgebiet (Off-Label-Indikation):

- Polymyositis: Add-on-Behandlung bei therapieresistentem Verlauf (s. Spezielle Patientengruppe)
- Dermatomyositis: Add-on-Behandlung bei therapieresistentem Verlauf (s. Spezielle Patientengruppe)

b) Behandlungsziel:

Verbesserung der myogenen Paresen der quergestreiften Muskeln (Muskelkraft, gemessen z. B. mit der "Medical Research Council" Skala), zusätzlich bei Dermatomyositis Verbesserung der Hautveränderungen (Fotodokumentation)

c) Folgende Wirkstoffe sind zugelassen:

- Polymyositis: Prednisolon und Prednison, Azathioprin
- Dermatomyositis: Methylprednisolon, Prednisolon und Prednison, Dexamethason, Azathioprin, Triamcinolon

d) Spezielle Patientengruppe:

Erwachsene Patienten mit gesicherter Diagnose einer Polymyositis oder Dermatomyositis (Leitlinien der DGN 2008), die unter der zugelassenen Therapie eine Therapieresistenz zeigen.

Therapieresistenz liegt in der Initialphase vor, wenn Kortikoide in Monotherapie z.B. bei einem foudroyanten Verlauf, nicht wirksam sind, d. h. in Aktivitäten des alltäglichen Lebens, in der Langzeittherapie in der Kombination mit Azathioprin eine Absenkung der Kortikoiddosis unter die Cushing-Schwelle nicht gelingt oder wenn 6 Monate nach Eindosierung von Azathioprin zu einer laufenden Steroidtherapie eine klinische Besserung ausbleibt.

Bei erwachsenen Patienten mit lebensbedrohlicher Dermatomyositis, z.B. Atemlähmung oder schwerwiegende Schluckstörung, kann IVIG als Kombinationspartner erwogen werden.

e) Patienten, die nicht behandelt werden sollten:

Gegenanzeigen entsprechen denen der Fachinformation.

f) Dosierung (z.B. Mono- oder Kombinationstherapie, gleichzeitig, zeitversetzt, Abstand usw.):

IVIG 1 g/kg Körpergewicht zweimal pro Monat (0,4 g/kg Körpergewicht pro Tag für 5 Tage)

g) Behandlungsdauer, Anzahl der Zyklen:

- bei Respondern mindestens 6 Monate (siehe DALAKAS et al. 1993, CHERIN et al. 2002), nach Wirkung auch länger

- bei Nonrespondern nach 3 Monaten Abbruch, Kriterien für Therapieresponse bei Polymyositis und Dermatomyositis: klinisch relevante Besserung der Muskelkraft, Abnahme der Creatin-Kinase-Werte im Verlauf, bei Dermatomyositis zusätzlich dazu Verbesserung der Hautveränderungen

h) Wann sollte die Behandlung abgebrochen werden?

- siehe Fachinformation

- bei Nonrespondern nach 3 Zyklen (3 Monaten).

i) Nebenwirkungen/Wechselwirkungen, wenn diese über die zugelassene Fachinformation hinausgehen oder dort nicht erwähnt sind:

Keine.

j) Zustimmung des pharmazeutischen Unternehmers:

Die folgenden pharmazeutischen Unternehmer haben für ihre IVIG-haltigen Arzneimittel eine Anerkennung des bestimmungsgemäßen Gebrauchs abgegeben (Haftung des pharmazeutischen Unternehmers), sodass ihre Arzneimittel für die vorgenannte Off-Label-Indikation verordnungsfähig sind:

Baxter Deutschland GmbH, Biotest Pharma GmbH, CSL Behring GmbH, EMRAMed Arzneimittel GmbH, Kedrion S.p.A., MPA Pharma GmbH und Octapharm GmbH.

Nicht verordnungsfähig sind in diesem Zusammenhang die IVIG-haltigen Arzneimittel der Firmen A.S. Unicare Pharma-Vertriebs GmbH, CC-Pharma GmbH, EURIM-Pharm Arzneimittel GmbH, Grifols Deutschland GmbH und Pharma Gerke Arzneimittelvertriebs GmbH, da keine entsprechende Erklärung vorliegt.

2. Anforderungen an eine Verlaufsdokumentation gemäß § 30 Abs. 4 AM-RL:

Keine“

II. Die Änderung tritt am Tag nach ihrer Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

BAnz AT 09.07.2013 B1

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 18. April 2013

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Hecken

Wirkstoff AKTUELL

EINE INFORMATION DER KBV IM RAHMEN DES § 73 (8) SGB V IN ZUSAMMENARBEIT MIT DER ARZNEIMITTELKOMMISSION DER DEUTSCHEN ÄRZTESCHAFT ONLINE UNTER: [HTTP://AIS.KBV.DE](http://ais.kbv.de)



Rivaroxaban bei nicht valvulärem Vorhofflimmern

Gemäß internationalen Leitlinien zählen Vitamin-K-Antagonisten wie Phenprocoumon zum Standard in der Prophylaxe bei Vorhofflimmern und hohem thromboembolischen Risiko. Bei nicht valvulärem Vorhofflimmern und hohem Schlaganfallrisiko kann Rivaroxaban für bestimmte Patienten eine Alternative sein. Vorsicht ist allerdings geboten bei Patienten mit hohem Blutungsrisiko, da für Rivaroxaban kein spezifisches Antidot zur Verfügung steht. Bei schweren Blutungen oder dringlicher Operation kann die Wirkung von Rivaroxaban nicht gezielt aufgehoben werden. Die Anwendung von Rivaroxaban bei Patienten mit einer Kreatinin-Clearance < 15 ml/min wird nicht empfohlen. Rivaroxaban sollte nicht gleichzeitig mit Thrombozytenfunktionshemmern wie z. B. Acetylsalicylsäure oder Clopidogrel angewendet werden.

Indikation

Prophylaxe von Schlaganfällen und systemischen Embolien bei erwachsenen Patienten mit nicht valvulärem Vorhofflimmern und einem oder mehreren Risikofaktoren wie:

- kongestive Herzinsuffizienz
- Hypertonie
- Alter ≥ 75 Jahre
- Diabetes mellitus
- Schlaganfall
- transitorische ischämische Attacke

Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise (1–5)

- Orale Thrombininhibitoren haben die Vitamin-K-Antagonisten in INR¹-adjustierter Dosierung nicht abgelöst als Standardprophylaxe für Patienten mit Vorhofflimmern und hohem Risiko für Thromboembolien.
- Der Einsatz von bzw. die Umstellung auf Rivaroxaban kann erwogen werden bei
 - schwieriger INR-Einstellung unter Vitamin-K-Antagonisten,
 - hohem Risiko für hämorrhagische Insulte oder intrazerebrale Blutungen,
 - Unverträglichkeit, Kontraindikationen oder Interaktionen von Vitamin-K-Antagonisten.
- Eine Ein- bzw. Umstellung auf Rivaroxaban sollte nicht erfolgen bei
 - Patienten, die unter einem Vitamin-K-Antagonisten gut eingestellt sind (INR stabil im therapeutischen Bereich),
 - Zustand nach Myokardinfarkt,
 - Patienten, die eine duale Thrombozytenaggregationshemmung benötigen (Blutungsrisiko nicht kalkulierbar),
 - besonders blutungsgefährdeten Patienten: für die Situation der Überdosierung und/oder der Notwendigkeit, die Wirkung schnell beenden zu müssen, gibt es zurzeit kein spezifisches Antidot (eine Blutung unter Vitamin-K-An-

¹ International Normalized Ratio

- tagonisten bei einer INR im Zielbereich ist keine Indikation für eine Umstellung),
- ▣ Patienten mit einer schlechten Therapieadhärenz.
 - ▣ Bei der Umstellung von einem Vitamin-K-Antagonisten auf Rivaroxaban ist zunächst die Behandlung mit dem Vitamin-K-Antagonisten zu beenden und die Anwendung von Rivaroxaban zu beginnen, sobald die INR $\leq 3,0$ ist. Cave: Fälschlicherweise erhöhte INR-Werte sind nach der Einnahme von Rivaroxaban möglich.
 - ▣ Bei der Umstellung von Rivaroxaban auf einen Vitamin-K-Antagonisten gleichzeitige Gabe bis INR $\geq 2,0$. Die Einstellung auf den Vitamin-K-Antagonisten erfolgt gemäß der INR. Cave: Zuverlässige INR-Bestimmung frühestens 24 Stunden nach der letzten Einnahme von Rivaroxaban.
 - ▣ Auch Neueinstellungen auf Vitamin-K-Antagonisten sind weiterhin zu empfehlen, insbesondere bei Patienten mit hohem Blutungsrisiko.
 - ▣ Eine regelmäßige Kontrolle der antikoagulatorischen Wirksamkeit von Rivaroxaban ist mit den Routinegerinnungstests nicht verlässlich möglich, wird andererseits auch als nicht erforderlich angegeben. In Einzelfällen kann eine Überprüfung der Rivaroxabanwirkung erforderlich sein, um Fehldosierungen zu erkennen. Falls klinisch notwendig, können folgende Bestimmungen durchgeführt werden:
 - ▣ Anti-Xa-Aktivität mit einer Standardkurve für Rivaroxaban (genaueste Bestimmung)
 - ▣ aktivierte partielle Thromboplastinzeit (aPTT)
 - ▣ Thromboplastinzeit (TPZ) mittels Neoplastin®
 - ▣ INR nicht empfohlen (Messwert erhöht)

Kosten

Die Medikamentenkosten für eine Behandlung mit Rivaroxaban sind ca. 20-mal höher als bei Phenprocoumon.

Antikoagulantien				
Wirkstoff	Präparat	DDD-Angaben (mg) ¹	Dosis (mg/Tag) ²	Kosten pro Jahr [€] ³
Oraler Faktor-Xa-Inhibitor				
Rivaroxaban	Xarelto® 15 mg / 20 mg Filmtabletten	10	20	1026,95
			15 ⁴	1026,95
Apixaban	Eliquis® 2,5 mg / 5 mg Filmtabletten	5	10	1279,69
			5 ⁴	1323,73
Oraler Faktor-VII-Inhibitor				
Dabigatranetexilat	Pradaxa® 110 mg / 150 mg Hartkapseln	220	300 220 ⁴	1117,63 1165,81
Vitamin-K-Antagonisten				
Phenprocoumon	Generikum, 3 mg Tabletten	3	3 ⁵	56,65 ^{6,7}

Stand Lauertaxe: 01.04.2013

¹Nach (6); ²Dosierung gemäß Fachinformation; ³Kostenberechnung anhand des kostengünstigsten Präparates einschließlich Import; gesetzliche Pflichtrabatte der Apotheken und pharmazeutischen Unternehmen wurden berücksichtigt; ⁴Dosierung für besondere Patientengruppen; ⁵Erhaltungsdosis bei INR-Wert im angestrebten therapeutischen Bereich, sie ist durch die Bestimmung der INR zu überwachen und individuell anzupassen; ⁶Kosten für Erhaltungsdosis, Initialdosis (1. Tag 6–9 mg, 2. Tag 6 mg) wurde bei der Kostenberechnung nicht berücksichtigt; ⁷Kosten für die INR-Bestimmung sind nicht enthalten.

Wirkungsweise (2;7;8)

Rivaroxaban ist ein direkter Inhibitor von Faktor Xa, der oral resorbiert wird. Die Inhibition von Faktor Xa hemmt die Thrombinbildung. Dadurch wird die Gerinnungsfähigkeit des Blutes herabgesetzt. Rivaroxaban hat keinen Einfluss auf die thrombininduzierte Plättchenaggregation, der primäre Wundverschluss bleibt intakt. Die absolute Bioverfügbarkeit von Rivaroxaban beträgt bezogen auf 10 mg 80–100 %. Die maximale Plasmakonzentration (C_{max}) von Rivaroxaban wird 2–4

Stunden nach oraler Gabe erreicht. Die Halbwertszeit liegt bei 7–11 Stunden. Ca. 2/3 der Dosis von Rivaroxaban werden metabolisiert, die Metabolite werden über die Niere (50 %) und die Fäzes (50 %) ausgeschieden. Ca. 1/3 der eingenommenen Dosis wird unverändert über die Niere ausgeschieden. Der Metabolismus von Rivaroxaban erfolgt über CYP3A4, CYP2J2 und CYP-unabhängige Mechanismen.

Wirksamkeit (2)

In der zulassungsrelevanten, randomisierten, doppelblinden Phase-III-Studie ROCKET-AF wurde die Wirksamkeit von Rivaroxaban vs. Warfarin hinsichtlich der Prävention von Schlaganfällen und systemischen Embolien an 14.264 Patienten untersucht. Die Patienten erhielten entweder 20 mg Rivaroxaban täglich (bei Kreatinin-Clearance 30–49 ml pro Minute 15 mg täglich) oder Warfarin in einer INR adjustierten Dosierung. Nur Patienten mit einem mindestens mäßig erhöhten Risiko für einen Schlaganfall wurden eingeschlossen (CHADS₂-Score ≥ 2). Die mediane Behand-

lungsdauer betrug ca. 1,5 Jahre (590 Tage). Primärer kombinierter Endpunkt der Studie war das Auftreten eines Schlaganfalls oder einer Embolie. Primärer Sicherheitsendpunkt waren schwere Blutungen. Hinsichtlich des primären Endpunktes Schlaganfälle oder thrombotische Embolien war Rivaroxaban Warfarin nach einer medianen Nachbeobachtungszeit von zwei Jahren (ITT-Population) nicht unterlegen (Tab. 1). Die INR-Werte unter Warfarin lagen dabei durchschnittlich 55 % der Behandlungszeit im therapeutischen Bereich.

Tabelle 1: Auftreten von Schlaganfall oder Embolie

	Rivaroxaban 20 mg einmal täglich (CrCl 30–49 ml/min: 15 mg täglich)	Warfarin (Ziel-INR: 2,5)
Patienten (n)	7081	7090
Schlaganfall oder systemische Embolie ohne Beteiligung des ZNS* (Intention-to-treat-Population)	269 (2,12 %)	306 (2,42 %)
HR** vs. Warfarin (95 % CI***)	0,88 (0,74–1,03)	–
p-Wert für Nichtunterlegenheit	< 0,001	–
p-Wert für Überlegenheit	0,117	–

*Ereignisrate (100 Patientenjahre), **Hazard Ratio, ***Konfidenzintervall

Tabelle 2: Gesamtmortalität und kardiovaskuläre Mortalität

	Rivaroxaban 20 mg einmal täglich (CrCl 30–49 ml/min: 15 mg täglich)	Warfarin (Ziel-INR: 2,5)
Patienten (n)	7061	7082
Gesamtmortalität (Safety population)*	1,87	2,21
HR vs. Warfarin (95 % CI)	0,85 (0,70–1,02)	–
p-Wert	0,073	–
kardiovaskuläre Mortalität (Safety population)	1,53	1,71
HR vs. Warfarin (95 % CI)	0,89 (0,73–1,10)	–
p-Wert	0,289	–

*Ereignisrate (100 Patientenjahre)

Tabelle 3: Blutungen

	Rivaroxaban 20 mg einmal täglich (CrCl 30–49 ml/min: 15 mg täglich)	Warfarin (Ziel-INR: 2,5)
Patienten (n)	7111	7125
Blutungen (schwer und klinisch relevant nicht schwer)*	14,91	14,52
HR vs. Warfarin (95 % CI)	1,03 (0,96–1,11)	–
p-Wert	0,442	–
tödliche Blutungen*	0,24	0,48
HR vs. Warfarin (95 % CI)	0,50 (0,31–0,79)	–
p-Wert	0,003	–

*Ereignisrate (100 Patientenjahre)

Intrakranielle und tödliche Blutungen traten unter Rivaroxaban statistisch signifikant seltener auf als unter Warfarin (0,5 % vs. 0,7 %, $p = 0,02$ bzw. 0,2 % vs. 0,5 %, $p = 0,003$), gastrointestinale Blutungen waren dagegen häufiger (3,2 % vs. 2,2 %, $p < 0,001$). Hinweise

für eine Häufung von Myokardinfarkten unter Rivaroxaban fanden sich nicht (0,91 % vs. 1,12 %, $p = 0,121$).

Die Inzidenz ist normiert auf eine Behandlungsdauer von 12 Monaten.

Nebenwirkungen, Risiken und Vorsichtsmaßnahmen (2;7–9)*

□ **Hinweise zur sicheren Anwendung**

- Zur Gewährleistung einer sicheren und wirksamen Anwendung von Rivaroxaban wurde dem pharmazeutischen Hersteller von der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA) auferlegt, allen verordnenden Ärzten Schulungsmaterial bzw. indikationsspezifische Ratgeber sowie einen Patientenausweis, der beim erstmaligen Verordnen von Rivaroxaban jedem Patienten ausgehändigt werden soll, zur Verfügung zu stellen. Das Schulungsmaterial soll das Bewusstsein für das potenzielle Blutungsrisiko während einer Behandlung mit Rivaroxaban erhöhen und eine Anleitung zum Umgang mit diesem Risiko geben.
- Patienten sind aufzuklären über:
 - Anzeichen und Symptome von Blutungen sowie Umstände, unter denen ein Arzt aufzusuchen ist,
 - die Bedeutung der Therapieadhärenz,
 - die Erfordernis, die 15-mg- bzw. 20-mg-Tabletten zusammen mit einer Mahlzeit einzunehmen,
 - die Notwendigkeit, den Patientenausweis zu jeder Zeit bei sich zu tragen,
 - die Notwendigkeit, vor jeglicher Operation oder invasivem Eingriff den behandelnden Arzt auf die Einnahme von Rivaroxaban hinzuweisen.
- Der Patientenausweis soll die folgenden wichtigsten Sicherheitshinweise enthalten:
 - Anzeichen und Symptome von Blutungen sowie Umstände, unter denen ein Arzt aufzusuchen ist,
 - die Bedeutung der Therapieadhärenz,
 - die Erfordernis, die 15-mg- bzw. 20-mg-Tabletten zusammen mit einer Mahlzeit einzunehmen,
 - die Notwendigkeit, den Patientenausweis zu jeder Zeit bei sich zu tragen,
 - die Notwendigkeit, vor jeglicher Operation oder invasivem Eingriff den behandelnden Arzt auf die Einnahme von Rivaroxaban hinzuweisen

□ **Warnhinweise**

- Ein potenziell erhöhtes Blutungsrisiko ist zu beachten bei:
 - angeborenen oder erworbenen Blutgerinnungsstörungen,
 - nicht eingestellter, schwerer arterieller Hypertonie,
 - aktiver ulzerativer Erkrankung des Gastrointestinaltrakts,
 - kürzlich aufgetretenen Ulcera im Gastrointestinaltrakt,
 - vaskulärer Retinopathie,
 - kürzlicher intrakranieller oder intrazerebraler Blutung,
 - intraspinalen oder intrazerebralen Gefäßanomalien,
 - kürzlich durchgeführten Operationen am Gehirn, Rückenmark oder Auge,
 - Bronchiektasie oder pulmonaler Blutung in der Anamnese.

□ **Vorgehen bei Blutungen unter Rivaroxaban**

- geringfügige Blutung
 - lokale hämostatische Maßnahmen: mechanische Kompression, Tranexamsäure topisch
 - Wirkspiegelkontrolle
 - Therapiepause und/oder Dosisanpassung
- relevante Blutung
 - lokale hämostatische Maßnahmen: mechanische Kompression, Tranexamsäure topisch, evtl. chirurgische Intervention oder Wundversorgung
 - Rivaroxaban absetzen
 - Wirkspiegelkontrolle
 - Flüssigkeitsersatz (ausreichende Diurese!)
 - Desmopressin (DDAVP) 0,3 µg/kg KG (einmalig) und Tranexamsäure (3 x 1 g oder 20 mg/kg KG 4 x täglich)
- bedrohliche Blutung
 - Maßnahmen wie bei geringfügiger und relevanter Blutung
 - 50 IE/kg KG PPSB (Prothrombin-Prokonvertin-Stuart-Prower-Factor-Antihämophiles Globulin B)
 - wenn durch die Gabe von PPSB keine ausreichende Blutstillung erreicht wurde, Therapieversuch mit 100 µg (5 kIE)/kg KG rekombinanter Faktor VIIa (Novoseven®)
 - Rivaroxaban ist nicht dialysierbar

* Die Informationen zu Nebenwirkungen, Risiken und Vorsichtsmaßnahmen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Weitere Informationen sind der Fachinformation zu entnehmen.

□ **Chirurgische und invasive interventionelle Eingriffe**

- Das Vorgehen orientiert sich am Blutungsrisiko des Eingriffs. Bei Eingriffen mit einem niedrigen Blutungsrisiko, sollte zwischen der letzten Rivaroxaban-Gabe und dem Eingriff ein Zeitintervall von 12 h liegen. Nach dem Eingriff kann die Rivaroxaban-Gabe wieder aufgenommen werden.
- Bei Eingriffen mit einem hohen Blutungsrisiko, sollte ein zeitlicher Abstand zur letzten Rivaroxaban-Gabe von mindestens 24 h bestehen oder der Rivaroxaban-Spiegel zum Eingriffszeitpunkt < 50 ng/ml betragen. Postoperativ sollte der Zeitpunkt und die Dosierung von Rivaroxaban an das mit dem Eingriff verbundene Blutungsrisiko angepasst werden. Beispielsweise ist eine Wiederaufnahme der Rivaroxaban-Gabe zunächst in prophylaktischer Dosierung von 10 mg möglich. An dieser Stelle muss darauf hingewiesen werden, dass es zurzeit noch keine validierten Empfehlungen zum perioperativen Management unter Rivaroxaban gibt.

□ **Wechselwirkungen**

- Rivaroxaban sollte wegen erhöhtem Blutungsrisiko nicht gleichzeitig mit CYP3A4-Inhibitoren wie den Azolantimykotika Ketoconazol und Itraconazol oder HIV-Proteasehemmern eingenommen werden. Starke CYP3A4-Induktoren wie Rifampicin, Carbamazepin und Johanniskraut vermindern die Wirkung von Rivaroxaban

□ **Kontraindikationen**

- Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile
- klinisch relevante akute Blutungen
- Lebererkrankungen, die mit einer Koagulopathie und einem klinisch relevanten Blutungsrisiko verbunden sind, einschließlich zirrhotischer Patienten mit Child Pugh B und C

Nebenwirkungen	
häufig ($\geq 1/100$, $< 1/10$)	Anämie (einschl. entsprechender Laborparameter), Schwindel, Kopfschmerzen, Synkope, Augeneinblutungen (einschl. Bindehauteinblutung), Tachykardie, Hypotonie, Hämatome, Epistaxis, Blutung im Gastrointestinaltrakt (einschl. Zahnfleischbluten und Rektalblutung), gastrointestinale und abdominale Schmerzen, Dyspepsie, Übelkeit, Verstopfung, Durchfall, Erbrechen, Pruritus (einschl. gelegentlicher Fälle von generalisiertem Pruritus), Hautrötung, Ekchymose, Schmerzen in den Extremitäten, Blutung im Urogenitaltrakt (einschl. Hämaturie und Menorrhagie), Fieber, periphere Ödeme, verminderte Leistungsfähigkeit (einschl. Müdigkeit, Asthenie), Transaminasenanstieg, Blutung nach einem Eingriff (einschl. postoperativer Anämie und Wundblutung), Bluterguss, Wundsekretion
gelegentlich ($\geq 1/1000$, $< 1/100$)	Thrombozythämie (einschl. erhöhter Thrombozytenzahl), allergische Reaktion, allergische Dermatitis, zerebrale und intrakranielle Blutungen, Hämoptoe, trockener Mund, Leberfunktionsstörung, Urtikaria, kutane und subkutane Blutung, Hämarthros, Einschränkung der Nierenfunktion (einschl. Kreatinin-Anstieg im Blut, Harnstoff-Anstieg im Blut), sich unwohl fühlen (inkl. Unpässlichkeit), lokale Ödeme, Anstieg von Bilirubin, Anstieg von alkalischer Phosphatase im Blut, Anstieg von LDH, Anstieg von Lipase, Anstieg von Amylase, Anstieg der GGT
selten ($\geq 1/10.000$, $< 1/1000$)	Gelbsucht, Blutung in einen Muskel, Anstieg von konjugiertem Bilirubin (mit oder ohne gleichzeitigem ALT-Anstieg)
Häufigkeit nicht bekannt	Bildung eines Aneurysma spuriums nach perkutaner Intervention, Kompartmentsyndrom als Folge von Blutungen, Nierenversagen / akutes Nierenversagen als Folge einer Hypoperfusion, ausgelöst durch eine Blutung

Hinweise zu besonderen Patientengruppen	
Ältere Patienten	Keine Dosisanpassung erforderlich.
Kinder und Jugendliche	Keine Zulassung.
Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion	Leichte Nierenfunktionsstörung (CrCl 50–80 ml/min): Keine Dosisanpassung erforderlich. Mittelschwere (CrCl 30–49 ml/min) oder schwere Nierenfunktionsstörung (CrCl 15–29 ml/min): Die empfohlene Dosis beträgt 15 mg einmal täglich. CrCl < 15 ml/min: Anwendung wird nicht empfohlen. Rivaroxaban sollte mit Vorsicht bei Patienten mit einer Nierenfunktionsstörung eingesetzt werden, die gleichzeitig CYP3A4-Hemmer erhalten (z.B. Clarithromycin, Telithromycin), da dies zu einer erhöhten Konzentration von Rivaroxaban führen kann.
Patienten mit eingeschränkter Leberfunktion	Rivaroxaban ist kontraindiziert bei Patienten mit Lebererkrankungen, die mit einer Koagulopathie und einem klinisch relevanten Blutungsrisiko verbunden sind, einschließlich zirrhotischer Patienten mit Child Pugh B und C.
Anwendung bei Schwangeren und Stillenden	Keine Anwendung.

Literatur

1. National Institute for Health and Clinical Excellence: Rivaroxaban for the prevention of stroke and systemic embolism in people with atrial fibrillation. NICE technology appraisal guidance 256; guidance.nice.org.uk/ta256. Issued May 2012.
2. EMA: Xarelto®: Europäischer Beurteilungsbericht (EPAR): http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Assessment_Report_-_Variation/human/000944/WC500120735.pdf. Stand: 09. Juni 2011. Zuletzt geprüft: 18. März 2013.
3. Patel MR, Mahaffey KW, Garg J et al.: Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. N Engl J Med 2011; 365: 883-891.
4. Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: Leitfaden: Orale Antikoagulation bei nicht valvulärem Vorhofflimmern: Empfehlungen zum Einsatz der neuen Antikoagulantien Dabigatran (Pradaxa®) und Rivaroxaban (Xarelto®). Version 1.0. Berlin: AkdÄ, 2012.
5. Camm AJ, Lip GY, De CR et al.: 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: An update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation * Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association. Europace 2012; 14: 1385-1413.
6. GKV-Arzneimittelindex im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO): Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.): Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen. Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahre 2013. Berlin: DIMDI, 2013.
7. Bayer HealthCare AG: Fachinformation "Xarelto® 20 mg Filmtabletten". Stand: November 2012.
8. Bayer HealthCare AG: Fachinformation "Xarelto® 15 mg Filmtabletten". Stand: November 2012.
9. Bayer Vital GmbH: Sicherheitshinweise zur Anwendung von Xarelto® (Rivaroxaban) für den behandelnden Arzt: www.xarelto.de. Zuletzt geprüft: 18. März 2013.

Anlage 4 – Genehmigungsverzicht bei Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls sowie bei langfristigem Heilmittelbedarf

Alle genannten Krankenkassen haben auf den Genehmigungsvorbehalt nach § 8 Abs. 4 Heilmittel-Richtlinie verzichtet. Hier ist auch ein Antrags-/Genehmigungsverfahren für Erkrankte mit langfristigem Behandlungsbedarf (§ 8 Abs. 5 HM-RL) grundsätzlich entbehrlich. Daher wurde in der Darstellung auf eine weitergehende Differenzierung verzichtet.

Krankenkasse/Kassenverband	Verordnungen außerhalb des Regelfalls (§ 8 Abs. 4 HM-RL)
Actimonda Krankenkasse	Genehmigung notwendig
AOK PLUS	auf Widerruf
AOK Bayern	auf Widerruf
AOK Hessen, f. d. Indikationen: EX4, ZN1, ZN2, AT3, LY2, LY3	auf Widerruf
Bahn BKK	auf Widerruf
BIG direkt gesund	auf Widerruf
BKK advita	auf Widerruf
Bosch BKK	auf Widerruf
BKK Daimler	auf Widerruf
Deutsche BKK	auf Widerruf
Energie BKK	31.12.2013
BKK Gildemeister Seidensticker	auf Widerruf
BKK HypoVereinsbank	auf Widerruf
BKK Merck	auf Widerruf
BKK Mobil Oil	auf Widerruf
BKK der MTU Friedrichshafen (IK 107835333)	auf Widerruf
BKK Publik	30.09.2013
BKK RWE (VKNR 09409)	auf Widerruf
BKK Salzgitter	30.09.2013
BKK Technoform	auf Widerruf – nur für Logopädie und die Indikationsschlüssel: LY2, LY3, AT3, ZN1, ZN2, EX4, WS2
BKK Thüringer Energieversorgung	auf Widerruf
BKK VDN	auf Widerruf
BKK Verkehrsbau Union	30.09.2013
BKK Victoria-D.A.S.	auf Widerruf
BKK vor Ort	auf Widerruf
BKK Vorwerk	auf Widerruf
BKK Wirtschaft und Finanzen	auf Widerruf
BKK Würth	auf Widerruf
IKK classic	auf Widerruf
IKK Südwest	auf Widerruf
Knappschaft	auf Widerruf

Anlage 4 – Genehmigungsverzicht bei Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls sowie bei langfristigem Heilmittelbedarf

Krankenkasse/Kassenverband	Verordnungen außerhalb des Regelfalls (§ 8 Abs. 4 HM-RL)
mh plus Betriebskrankenkasse	auf Widerruf
R + V BKK	auf Widerruf
Postbeamtenkrankenkasse	auf Widerruf
Salus BKK	auf Widerruf
Schwenninger BKK	auf Widerruf
Securvita Krankenkasse	auf Widerruf
Siemens Betriebskrankenkasse (SBK)	auf Widerruf
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau	auf Widerruf
TUI BKK	30.09.2013
Vaillant BKK	auf Widerruf
VdeK/AEV (Ersatzkassen)	auf Widerruf

Stand: Juli 2013

Hinweis: Änderungen zur letzten Mitteilung sind **rot** gedruckt

Anlage 5 – Aktuelle Liste der ringversuchszertifikatspflichtigen Laborparameter

Analyt-ID	Bezeichnung	GOP	Gültigkeit	Material
001	Aktivierte partielle Thromboplastinzeit (PTT)	32112	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
002	Alanin-Aminotransferase (ALT bzw. GPT)	32070	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
003	Albumin	32435	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
004	Alkalische Phosphatase (AP)	32068	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
005	alpha-Fetoprotein (AFP)	32350	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
006	alpha-Fetoprotein (AFP)	01783	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
007	Bilirubin (gesamt)	32058	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
008	CA 19-9	32392	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
009	Calcium	32082	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
010	Calcium (ionisiert)	32082	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
011	Carbamazepin	32055	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
012	Carbamazepin	32342	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
013	Carbamazepin	32305	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
014	CEA	32324	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
015	Chlorid	32084	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
016	Cholesterin (gesamt)	32060	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
017	Cortisol	32367	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
018	Creatinkinase (CK)	32074	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
019	CRP (C-reaktives Protein)	32460	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
020	Digitoxin	32343	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
021	Digitoxin	32055	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
022	Digoxin	32323	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
023	Digoxin	32055	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
024	Erythrozyten (Erys)	32125	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
025	Erythrozyten (Erys)	32122	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
026	Erythrozyten (Erys)	32120	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
028	Ethanol (klinisch)	32246	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
029	Ferritin	32325	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
030	Gamma-Glutamyl-Transferase (Gamma-GT)	32071	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
031	Glucose	32057	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
033	Glutamat-Oxalacetat-Transaminase (GOT)	32069	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
034	Hämatokrit (HK)	32125	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
035	Hämatokrit (HK)	32122	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
036	Hämatokrit (HK)	32120	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
038	Hämoglobin (HB)	32125	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
039	Hämoglobin (HB)	32122	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb

Anlage 5 – Aktuelle Liste der ringversuchszertifikatspflichtigen Laborparameter

Analyt-ID	Bezeichnung	GOP	Gültigkeit	Material
040	Hämoglobin (HB)	32120	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
042	Hämoglobin A1c	32094	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
043	Harnsäure	32064	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
044	Harnstoff	32065	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
045	Humanes Chorinogonadotropin (hCG)	32352	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
046	Immunglobulin A (IgA)	32103	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
047	Immunglobulin G (IgG)	32104	2011-04-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
048	Immunglobulin M (IgM)	32105	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
049	Kalium	32081	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
050	Kreatinin	32066	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
051	Kreatinin, enzym.	32067	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
052	Lactat	32232	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
053	Lactat-Dehydrogenase (LDH)	32075	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
054	Leukozyten (Leuko)	32125	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
055	Leukozyten (Leuko)	32122	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
056	Leukozyten (Leuko)	32120	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
058	Lipase	32073	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
059	Lithium	32087	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
060	Magnesium	32248	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
061	Natrium	32083	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
062	Östradiol, 17-beta (E2)	32356	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
063	pH, pO2, pCO2	32247	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
064	Phenobarbital	32055	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
065	Phenobarbital	32342	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
066	Phenobarbital	32305	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
067	Phenytoin	32055	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
068	Phenytoin	32342	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
069	Phosphat	32086	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
070	Progesteron	32357	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
071	Prostata-spezifisches Antigen (PSA)	32351	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
072	Protein (Gesamt-)	32056	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
073	Testosteron	32358	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
074	Theophyllin	32345	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
075	Theophyllin	32055	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
076	Thromboplastinzeit (Quick-Wert)	32113	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
078	Thrombozyten	32125	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb

Anlage 5 – Aktuelle Liste der ringversuchszertifikatspflichtigen Laborparameter

Analyt-ID	Bezeichnung	GOP	Gültigkeit	Material
079	Thrombozyten	32122	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
080	Thrombozyten	32120	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
082	Thyreotropes Hormon (TSH)	32101	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
083	Thyroxin, frei (fT4)	32320	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
084	Transferrin	32106	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
085	Triglyceride	32063	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
086	Trijodthyronin, frei (fT3)	32321	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
087	Troponin I/T	32416	2011-04-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
088	Valproinsäure (IA)	32342	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
089	Vancomycin (IA)	32341	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
090	Albumin	32435	2011-01-01..9999-12-31	Urin
091	Calcium	32265	2011-01-01..9999-12-31	Urin
092	Calcium	32082	2011-01-01..9999-12-31	Urin
093	Glucose	32057	2011-01-01..9999-12-31	Urin
095	Harnsäure	32064	2011-01-01..9999-12-31	Urin
096	Harnstoff	32065	2011-01-01..9999-12-31	Urin
097	Kalium	32081	2011-01-01..9999-12-31	Urin
098	Kreatinin	32066	2011-01-01..9999-12-31	Urin
099	Kreatinin, enzym.	32067	2011-01-01..9999-12-31	Urin
100	Natrium	32083	2011-01-01..9999-12-31	Urin
101	Phosphat	32086	2011-01-01..9999-12-31	Urin
102	Protein (Gesamt-)	32237	2011-01-01..9999-12-31	Urin
103	Protein (Gesamt-)	32056	2011-01-01..9999-12-31	Urin
104	Albumin	32435	2011-01-01..9999-12-31	Liquor
105	Glucose	32057	2011-01-01..9999-12-31	Liquor
108	Lactat	32232	2011-01-01..9999-12-31	Liquor
109	Protein (Gesamt-)	32237	2011-01-01..9999-12-31	Liquor
110	Phenytoin	32305	2011-01-01..9999-12-31	Se/PI/Vb
111	Immunglobulin A im Liquor	32448	2011-01-01..9999-12-31	Liquor
112	Immunglobulin G im Liquor	32448	2011-01-01..9999-12-31	Liquor
113	Immunglobulin M im Liquor	32448	2011-01-01..9999-12-31	Liquor



Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular **bis zum 09.09.2013** an das AQUA-Institut.

Telefax: 0551 7895210

Anmeldeformular

Qualitätszirkel „Pharmakotherapie“ für Teilnehmer am HzV-Vertrag mit der AOK PLUS

- Ich nehme an der Veranstaltung am 25.09.2013 von 15:00 Uhr bis 18:00 Uhr teil.
- Ich nehme an der Veranstaltung am 23.10.2013 von 15:00 Uhr bis 18:00 Uhr teil.
- Ich nehme an der Veranstaltung am 30.10.2013 von 15:00 Uhr bis 18:00 Uhr teil.
- Ich nehme an der Veranstaltung am 13.11.2013 von 15:00 Uhr bis 18:00 Uhr teil.
- Ich nehme an der Veranstaltung am 20.11.2013 von 15:00 Uhr bis 18:00 Uhr teil.

Bitte haben Sie Verständnis, dass immer nur eine begrenzte Teilnehmerzahl möglich ist.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift

**Von der obersten Landesgesundheitsbehörde zugelassene Gelbfieberimpfstellen
im Freistaat Thüringen** (Stand: 01.07.2013)

ERFURT

PD Dr. med. R. Lundershausen
Thälmannstraße 25
99085 Erfurt
Telefon: 0361 5667-216
Telefax: 0361 5667-222

Landeshauptstadt Erfurt
Amt für Soziales und Gesundheit
Impfstelle für Auslandsreisende
Dipl.-Med. Gerrit Hesse
Juri-Gagarin-Ring 150
99084 Erfurt
Telefon: 0361 6554-292
Telefax: 0361 6554-259

JENA

Friedrich-Schiller-Universität Jena
Klinik für Innere Medizin II
Prof. Dr. med. Pletz
Erlanger Allee 101
07740 Jena
Telefon: 03641 9324-290
Telefax: 03641 9324-222

Friedrich-Schiller-Universität Jena
Zentrum für Gesundheit- und
Sicherheitsmanagement (ZGS)
Dr. med. Grübner
Botzstraße 3
07740 Jena
Telefon: 03641 935279
Telefax: 03641 935355

GERA

Wald-Klinikum Gera gGmbH
Zentrum für Innere Medizin
Oberärztin Dr. med. Müller
Oberarzt Dr. med. Goldmann
Straße des Friedens 122
07548 Gera
Telefon: 0365 828-0 (Zentrale)
Telefax: 0365 828-2402

MÜHLHAUSEN

Medizinische Versorgungszentrum
des Hufeland-Klinikums Mühlhausen
Herr Dr. med. Manfred Vogt
Langensalzaer Landstraße 1
99974 Mühlhausen
Telefon: 03601 442235
Telefax: 03601 421987

NORDHAUSEN

Südharz-Krankenhaus Nordhausen gGmbH
Medizinische Klinik
Dr. med. Fessel
Robert-Koch-Straße 39
99734 Nordhausen
Telefon: 03631 41-0
Telefax: 03631 41-2310

STADTRODA

Landratsamt Saale-Holzland-Kreis
Gesundheitsamt
Dr. med. Naumann
Kirchweg 18
07646 Stadtroda
Telefon: 036691 70833
Telefax: 036691 70753

SUHL

BAD Gesundheitsvorsorge und
Sicherheitstechnik GmbH, Zentrum Suhl
Dipl.-Med. Büttner
Industriestraße 18
98544 Zella-Mehlis
Telefon: 03682 8826-0
Telefax: 03682 8826-20

WARTBURGKREIS

Landratsamt Wartburgkreis
Gesundheitsamt
Dr. med. Helena Maier
Erzberger Allee 14
36433 Bad Salzungen
Telefon: 03695 617-402
Telefax: 03695 617-499

WARTBURGKREIS

Landratsamt Wartburgkreis
Gesundheitsamt-Außenstelle Eisenach
Dr. med. Helena Maier
Markt 22
99817 Eisenach
Telefon: 03691 670-462
Telefax: 03691 670-463

WEIMAR

Allgemeinmedizin
Dr. med. Thomas Seidel
Warschauer Straße 26 A5
99427 Weimar
Telefon: 03643 502151
Telefax: 03643 7737367

Verordnung einer Krankenförderung

Das vollständige Ausstellen der Verordnung einer Krankenförderung (Muster 4) vereinfacht die Versorgung der Patienten und vermeidet Nachfragen der Krankenkassen im Rahmen der Genehmigung bzw. der Abrechnung der Leistung. Hier sind aktuell insbesondere die nachfolgenden Aspekte zu beachten.

Voraussetzung für die Verordnung von Beförderungsleistungen ist, dass die Fahrt im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse **zwingend medizinisch notwendig** ist.

Die Verordnung ist nur auszustellen, wenn der Versicherte wegen Art und Schwere der Erkrankung weder zu Fuß gehen, noch ein öffentliches Verkehrsmittel oder einen privaten Pkw benutzen kann.

Fahrten, für die kein zwingender medizinischer Grund vorliegt, z. B. Fahrten zum Abstimmen von Terminen, Erfragen von Befunden, Abholen von Verordnungen, sind keine Krankenkassenleistung.

Die Krankenkasse übernimmt die Fahrkosten, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse notwendig sind bei

- Leistungen, die stationär erbracht werden
- Rettungsfahrten zum Krankenhaus
- ambulanten Operationen, wenn dadurch eine stationäre Leistung vermieden bzw. verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist
- vor- und nachstationärer Behandlung

Fahrten zur ambulanten Behandlung können nur in besonderen Ausnahmefällen verordnet werden. Der Versicherte muss die Kostenübernahme von der Krankenkasse genehmigen lassen. Dies gilt für Patienten

- zur Dialysebehandlung,
- zur onkologischen Strahlentherapie,
- zur onkologischen Chemotherapie,
- mit einem Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“ (außergewöhnlich gehbehindert), „Bl“ (blind) oder „H“ (hilfsbedürftig),
- mit einem Einstufungsbescheid nach SGB XI in die Pflegestufe 2 oder 3,
- die von einer vergleichbaren Beeinträchtigung der Mobilität betroffen sind und einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum bedürfen.

▪ **Verordnung von Krankentransport bei Vorliegen einer Dauergenehmigung?**

Einige Krankenkassen stellen ihren Versicherten mit einem Schwerbehindertenausweis grundsätzlich vorab eine Dauergenehmigung für die Krankenförderung aus. Voraussetzung für Verordnung von Beförderungsleistungen ist aber, dass die Fahrt im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse zwingend medizinisch notwendig ist. Der zwingende medizinische Grund ist auf der Verordnung anzugeben. D. h., auch bei Vorliegen einer Dauergenehmigung und eines Schwerbehindertenausweises muss bei jedem einzelnen Transport vom Arzt die medizinische Notwendigkeit der Beförderung geprüft werden.

▪ **Zeitpunkt der Verordnung**

Der Vertragsarzt soll die Verordnung vor der Beförderung ausstellen und sich dabei auf den konkreten, aktuellen Gesundheitszustand des Patienten beziehen.

In Notfällen kann nachträglich verordnet werden. Ein Notfall liegt vor, wenn sich der Versicherte in Lebensgefahr befindet oder schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn er nicht unverzüglich die erforderliche medizinische Versorgung erhält.

▪ **Verordnung von Hin- und Rückfahrt**

Für die Verordnung von Hin- und Rückfahrt zu bzw. von einer ambulanten Vorstellung sollen grundsätzlich getrennte Verordnungsblätter ausgestellt werden. Da die Krankenförderung nicht immer vom gleichen Transportdienstleister ausgeführt wird, sind hier separate Verordnungen notwendig. Lediglich bei sehr kurzen Wartezeiten, wenn abzusehen ist, dass Hin- und Rückfahrt vom gleichen Transporteur (Taxi) übernommen werden kann, ist die Verordnung auf einem Formular möglich.

▪ Kann bei stationärer Einweisung immer eine Transportleistung verordnet werden?

Nein, nur wenn dies medizinisch notwendig ist. Bei geplanten stationären Eingriffen/Aufenthalten dürfte dies nicht immer der Fall sein.

Auswahl des nach medizinischer Notwendigkeit geeigneten und wirtschaftlichsten Transportmittels

- **Taxi/Mietwagen**, ggf. auch Behindertentaxi vor KTW
- Krankentransportwagen (**KTW**) wenn der Patient
 - der besonderen Einrichtungen des KTW bedarf, also nur liegend transportiert werden kann,
- oder**
- der medizinisch fachlichen Betreuung bedarf (Angabe der notwendigen Maßnahmen)
- oder**
- der Patient an einer schweren ansteckenden Erkrankung leidet, deren Übertragung verhindert werden soll. **Es muss eine der Voraussetzungen erfüllt sein und schlüssig begründet werden.** Sollte dies nicht der Fall sein, kann nur ein weniger aufwändiges Transportmittel verordnet werden.
- Rettungswagen (**RTW**), Notarztwagen (**NAW**), ggf. Rettungshubschrauber (**RTH**) wenn der Patient aufgrund seines zum Teil lebensbedrohlichen Zustandes mit einem qualifizierten Rettungsmittel befördert werden muss

Öffentliche Verkehrsmittel – eine Verordnung ist hier nicht notwendig, jedoch ist eine Anwesenheitsbescheinigung auszustellen. Unabhängig von einer ärztlichen Verordnung kann die Krankenkasse Kosten von öffentlichen Verkehrsmitteln oder privaten Kraftfahrzeugen übernehmen.

Vielerorts werden KTW in den Nachtstunden oder am Wochenende nicht vorgehalten. Für diese Fälle setzen Rettungsleitstellen einen RTW ein, welcher aber als KTW abgerechnet wird. Dies wurde nach Angaben der AOK PLUS vertraglich mit den Leistungserbringern vereinbart. Ärzte sollten sich keinesfalls zu einer Änderung des Transportscheines drängen lassen, da dies unter Umständen Konsequenzen für den verordnenden Arzt haben kann. Sollte es wiederholt Probleme mit Leistungserbringern geben, setzen Sie uns bitte davon in Kenntnis.

▪ Keine generelle Verordnung von Krankentransport bei ambulanten Operationen

Die Fahrkostenübernahme bei ambulanter Operation setzt voraus, dass die ambulant erbrachte Leistung eine stationäre Leistung vermeidet, verkürzt oder diese nicht ausführbar ist.

Krankenfahrten und Krankentransporte sind für die im Katalog regelmäßig ambulant durchführbar gekennzeichneten ambulanten Operationen daher grundsätzlich nicht verordnungsfähig, es sei denn, es liegen zwingende medizinische Gründe vor, die vom Arzt ausführlich begründet wurden und durch den MDK auch nachvollzogen werden können.

Die Einteilung der ambulanten Operationen gemäß Katalog (siehe www.kvt.de unter Beratungsservice A bis Z) ist den Operateuren in der Regel bekannt.

▪ Wer darf verordnen?

Die Verordnung einer Krankentransportleistung kann sowohl vom Facharzt als auch vom Hausarzt ausgestellt werden! Auch Zahnärzte können dies formlos tun (eine Richtlinie für Zahnärzte wird derzeit auf Bundesebene erarbeitet).

▪ Keine Verordnung

Für die Fahrten zu ambulanten oder stationären Rehabilitationsmaßnahmen ist keine Verordnung auszustellen, sondern der Versicherte zur Klärung der An- und Abreise direkt an seine Krankenkasse bzw. den Kostenträger der Rehabilitationsmaßnahme zu verweisen (§ 2 Abs. 4 Krankentransport-Richtlinie).

Auch für Fahrten zum **Rehasport/Funktionstraining**, zu **Heilmittelbehandlungen** und zu Leistungen der **Pflegeversicherung** (z. B. von der Wohnung in ein Pflegeheim) darf ebenfalls keine Verordnung ausgestellt werden.

INFORMATIONEN FÜR DIE PRAXIS

Einheitlicher Bewertungsmaßstab

Juni 2013

Weiterentwicklung des Facharzt-EBM : Neue Pauschale zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung ab 1. Oktober 2013

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) wird bis zum 1. Juli 2014 schrittweise überarbeitet. Ein wesentliches Ziel ist es, die haus- und fachärztliche Grundversorgung zu stärken. Im fachärztlichen Versorgungsbereich wird dazu zum 1. Oktober 2013 ein neuer Zuschlag eingeführt – die Pauschale zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung (PFG). Was sie beinhaltet und was außerdem geplant ist, möchten wir Ihnen erläutern.

Das Ziel: Fachärztliche Grundversorgung stärken

Grundversorgende, konservative Fächer haben in den vergangenen Jahren an Attraktivität verloren. Infolge des medizinischen Fortschritts erfolgt auch im ambulanten Bereich eine zunehmende Spezialisierung. Hinzu kommt, dass Fachärzte der Grundversorgung in den vergangenen Jahren kaum von Honorarzuwächsen profitiert haben und es für sie immer schwieriger geworden ist, eine wohnortnahe Versorgung zu gewährleisten.

Um die wirtschaftliche Situation dieser Praxen zu verbessern und damit die Grundversorgung zu stärken, will die Kassenärztliche Bundesvereinigung den EBM entsprechend anpassen. Sie will erreichen, dass die Krankenkassen künftig Leistungen der Grundversorgung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezahlen – ohne Mengenbegrenzung und zu festen Preisen. Die Pauschale zur fachärztlichen Grundversorgung ist ein erster Schritt, um die Unterfinanzierung zu beseitigen.

Erste Stufe: Einführung einer Pauschale für die Grundversorgung

Fachärzte der Grundversorgung erhalten ab 1. Oktober einen Zuschlag: Die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung wird einmal im Quartal gezahlt und zwar für jeden Behandlungsfall, bei dem der Arzt ausschließlich konservativ tätig ist und keine spezialisierten Leistungen durchführt. Darauf hat sich die KBV mit dem GKV-Spitzenverband Ende Mai geeinigt.

Die KBV wollte ursprünglich erreichen, dass grundsätzlich Ärzte aller Fachrichtungen die Pauschale abrechnen können, wenn sie ausschließlich konservativ tätig sind. Dem hatten die Krankenkassen nicht zugestimmt. Die Vertreterversammlung der KBV hatte daraufhin einen Kompromissvorschlag vorgelegt, der Grundlage für die getroffene Vereinbarung war. Nunmehr erhalten auch Internisten ohne Schwerpunkt und Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie die PFG.

Die Forderung:
feste Preise für
Grundleistungen

Erste Stufe der
EBM-Weiterent-
wicklung

Zuschlag zur
Vergütung



WISSENSWERTES ZUR NEUEN PAUSCHALE

Welche Arztgruppen die Pauschale erhalten

Die PFG erhalten Fachärzte der Grundversorgung. Dazu gehören laut Beschluss des Bewertungsausschusses folgende Arztgruppen:

- Anästhesiologie
- Augenheilkunde
- Chirurgie
- Dermatologie
- Gynäkologie
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Innere Medizin ohne Schwerpunkt
- Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Neurologie
- Nervenheilkunde und Psychiatrie
- Orthopädie
- Phoniatrie und Pädaudiologie
- Physikalische und Rehabilitative Medizin
- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Psychotherapie (ärztliche und psychologische) sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
- Urologie

In welchen Fällen die Pauschale abgerechnet wird

Die Abrechnung der PFG wird nur neben der Grundpauschale sowie anderen Grund- und wenigen Beratungsleistungen ermöglicht. Die Leistungen, die zum Ausschluss der Pauschale führen, werden im Anhang 3 zum EBM gekennzeichnet. Das bedeutet: Auch Fachärzte der Grundversorgung erhalten den Zuschlag nur in den Behandlungsfällen, in denen sie ausschließlich Leistungen der Grundversorgung durchführen.

Beispiel: Untersucht ein Augenarzt die Sehfähigkeit eines Patienten oder behandelt er eine Bindehautentzündung, rechnet er die Pauschale ab. Führt er hingegen eine Katarakt-Operation durch, erhält er keine Pauschale.

Wie hoch die Pauschale ist

Zur Finanzierung der Pauschale steht zusätzliches Geld bereit. Die Honorarumsätze aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden sich für die einzelnen Fachgruppen dadurch um durchschnittlich 4,4 Prozent erhöhen (von 1,2 Prozent für die Anästhesisten bis 6,3 Prozent für die Augenheilkunde). Auch die Pauschale selbst ist je nach Arztgruppe unterschiedlich hoch. Wie stark der einzelne Arzt von dem Zuschlag profitieren wird, hängt davon ab, wie stark er sich um die Grundversorgung kümmert.

Arztgruppen der Grundversorgung

PFG auch für Psychotherapeuten

Nur bei „reiner“ Grundversorgung

Nicht-PFG-Leistungen im EBM-Anhang 3 gekennzeichnet

Grad der Grundversorgung entscheidet über Honorarzuwachs



Thema: Einheitlicher Bewertungsmaßstab

⇒ Faustregel: Je mehr Grundversorgung, desto höher der Honorarzuwachs für den einzelnen Arzt.

Übersicht über die Höhe der Pauschale

Abrechnungsgebiet	Höhe der PFG in Euro
Anästhesiologie	7,00
Augenheilkunde	1,60
Chirurgie	2,70
Gynäkologie	2,50
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde; Phoniatrie und Pädaudiologie	2,20
Dermatologie	1,30
Innere Medizin, FA ohne Schwerpunkt	3,60
Kinder- und Jugendpsychiatrie	8,00
Neurologie, Nervenheilkunde und Psychiatrie	3,50
Orthopädie	2,60
Physikalische und Rehabilitative Medizin	6,00
Psychosomatik und Psychotherapie, Psychotherapie (ärztlich und psychologisch), Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	15,90
Urologie	3,00

Wie die Pauschale finanziert wird

Die Pauschale wird aus zusätzlichen Honorarmitteln sowie aus Einsparungen innerhalb des fachärztlichen Versorgungsbereichs (Umstellung der Abrechnung des Wirtschaftlichkeitsbonus Labor und Absenkung der Dialyse-Sachkosten) finanziert. Damit stehen rund 339 Millionen Euro pro Jahr zur Finanzierung zur Verfügung.

⇒ Es erfolgt keine Honorarumverteilung zwischen den Arztgruppen.

Zusätzliches Geld für PFG



Thema: Einheitlicher Bewertungsmaßstab

Fachgruppen, die nicht der Grundversorgung zugerechnet werden, verlieren kein Honorar.

Zweite Stufe: Neubewertung der EBM-Leistungen

In der zweiten Stufe der Weiterentwicklung des EBM – bis 1. Juli 2014 – kommt die Bewertung haus- und fachärztlicher Leistungen auf den Prüfstand: Stimmen die vor Jahren festgesetzten Kalkulationszeiten noch oder müssen sie angepasst werden? Auch die gestiegenen Praxiskosten sollen in die Neubewertung einfließen.

Mehr Informationen

Mehr Informationen zur Weiterentwicklung des EBM finden Sie auf der Internetseite der KBV www.kbv.de.

Zweite Stufe der
EBM-Weiterent-
wicklung:

INFORMATIONEN FÜR DIE PRAXIS

Im Ausland krankenversicherte Patienten

März 2013

Checkliste für die Praxis: So funktioniert die Abrechnung bei Patienten, die im Ausland krankenversichert sind

Für die ärztliche Behandlung von Patienten, die im Ausland krankenversichert sind und während ihres Aufenthalts in Deutschland erkranken, bestehen je nach Herkunftsland des jeweiligen Patienten unterschiedliche Abrechnungsmodalitäten, die wir Ihnen im Folgenden näher erläutern. Drei Checklisten für die Praxis ermöglichen dabei einen schnellen Überblick über die einzelnen Schritte von der Erfassung bis zur Abrechnung.

I. Patienten aus den Staaten des europäischen Wirtschaftsraums (EWR) und der Schweiz: Europäische Krankenversicherungskarte

Patienten aus den Staaten des europäischen Wirtschaftsraums und der Schweiz haben Anspruch auf alle Leistungen, die sich während ihres Aufenthalts in Deutschland als medizinisch notwendig erweisen. Das heißt: Eine unmittelbar erforderliche medizinische Versorgung (z.B. Virusinfektion), aber auch beispielsweise eine fortlaufende Versorgung chronisch Kranker oder eine ggf. anstehende Früherkennungsuntersuchung, die nicht bis zur Rückkehr in das Heimatland aufgeschoben werden kann. Um seinen Anspruch nachzuweisen, legt der Patient eine Europäische Krankenversicherungskarte oder eine Ersatzbescheinigung vor.

II. Patienten aus Staaten mit bilateralem Abkommen über Soziale Sicherheit: Abrechnungsschein

Patienten, die auf Basis eines bilateralen Abkommens über Soziale Sicherheit Anspruch auf Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft haben, können ebenfalls bei einem Aufenthalt in Deutschland ärztliche Hilfe beanspruchen. Der grundsätzliche Unterschied zu Patienten aus den EWR-Staaten und der Schweiz besteht darin, dass sich Patienten aus Staaten mit bilateralem Abkommen mit dem Anspruchsnachweis ihrer heimischen Krankenkasse zunächst an eine von ihnen gewählte deutsche Krankenkasse wenden müssen. Auch der Umfang der Leistungen ist deutlich eingeschränkter. Es sind nur solche Behandlungen durchzuführen, die unaufschiebbar sind.

Die Krankenkasse stellt einen entsprechenden Abrechnungsschein aus, auf dem Einschränkungen des Leistungsspektrums („Für sofort notwendige Leistungen“) vermerkt sind. Fehlen diese Zusätze auf dem Abrechnungsschein, kann auch eine weitergehende Behandlung durchgeführt werden.

III. Patienten, die keinen bzw. nicht den richtigen Anspruchsnachweis vorlegen: Vergütung nach GOÄ

Bei Patienten, die keinen bzw. nicht den richtigen Anspruchsnachweis vorlegen können, sind Sie berechtigt und verpflichtet, nach GOÄ zu berechnen.

Unterschiedliche Abrechnungsmodalitäten je nach Herkunftsland des Patienten

Europäische Krankenversicherungskarte

Abrechnungsschein der aushelfenden deutschen Krankenkasse

Abrechnung nach GOÄ



Im Ausland krankenversicherte Patienten

I. Checkliste für die Praxis: Patienten aus den Staaten des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) und der Schweiz

- (1) Ein Patient aus einem EWR-Staat oder der Schweiz legt zur Behandlung
 - eine gültige Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC)
 - **oder** eine Ersatzbescheinigung (PEB)
 - sowie einen Identitätsnachweis (Reisepass oder Personalausweis) vor.
- (2) Sie kopieren die EHIC bzw. die PEB und den Identitätsnachweis des Patienten jeweils zweimal.

Alternativ – z.B. wenn keine Möglichkeit besteht, die Dokumente zu kopieren – tragen Sie die Daten in das Muster 80 (Dokumentation des Behandlungsanspruchs von im Ausland Versicherten) ein, das Sie anschließend abstempeln und unterschreiben.
- (3) Der Patient füllt das Muster 81 (Erklärung des Patienten) aus und unterschreibt es. Hier gibt er auch die von ihm gewählte deutsche Krankenkasse an.
- (4) Senden Sie eine Kopie der EHIC/PEB und die Kopie des Identitätsnachweises (alternativ Muster 80) sowie das Muster 81 möglichst schnell an die vom Patienten gewählte Krankenkasse. Die Zweitkopie/Durchschläge verbleiben bei Ihnen und müssen zwei Jahre lang aufbewahrt werden.
- (5) Sie rechnen die Kosten für die Behandlung mit Ihrer KV nach den Regelungen des Ersatzverfahrens ab, d.h.:
 - Sie stellen einen Abrechnungsschein (Muster 5) aus.
 - Ins Adressfeld tragen Sie nur Namen, Vornamen und Geburtsdatum sowie die gewählte Krankenkasse ein.
 - In das Feld „Status“ fügen Sie die Ziffer „10007“ ein.

Zusätzlich sind für die Fotokopien die EBM-Ziffer 40144 und für die Versendung der Unterlagen die EBM-Ziffer 40120 berechnungsfähig.

Herkunftsland
des
Patienten:

Belgien
Bulgarien
Dänemark
Estland
Finnland
Frankreich
Griechenland
Großbritannien
Irland
Island
Italien
Lettland
Liechtenstein
Litauen
Luxemburg
Malta
Niederlande
Norwegen
Österreich
Polen
Portugal
Rumänien
Schweden
Schweiz
Slowakei
Slowenien
Spanien
Tschechien
Ungarn

Arznei-,
Heil- und
Hilfsmittel

Krankenhaus

Überweisun-
gen

Arbeits-
unfähigkeit

Verordnungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln: Erfolgen auf den üblichen Formularen. Im Adressfeld tragen Sie unter „Status“ die Ziffer „10007“ ein.

Krankenhausbehandlungen: Sie tragen auf dem Einweisungsschein (Vordruckmuster 2) den Namen der aushelfenden deutschen Krankenkasse und im Statusfeld die Ziffer „10007“ ein.

Überweisungen: Sie tragen im Statusfeld die Nummer „10007“ ein. Bei Patienten, die sich nur vorübergehend in Deutschland aufhalten, ist auch die voraussichtliche Aufenthaltsdauer anzugeben. Für den weiterbehandelnden Arzt gelten die vorher beschriebenen Regelungen entsprechend.

Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit: Sie stellen eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Vordruckmuster 1) wie für in Deutschland gesetzlich Versicherte aus. Der Patient bekommt das Original sowie die Durchschrift zur Vorlage beim Arbeitgeber und der Krankenkasse. Sie brauchen keine Durchschrift an die aushelfende deutsche Krankenkasse weiterzuleiten.



II. Checkliste für die Praxis: Patienten aus Ländern mit bilateralem Abkommen über Soziale Sicherheit

Ein Patient, der auf Basis eines bilateralen Abkommens über Soziale Sicherheit Anspruch auf Leistungen bei Krankheit oder Mutterschaft hat, kann ebenfalls bei seinem Aufenthalt in Deutschland ärztliche Hilfe beanspruchen. Der Leistungsumfang ist jedoch deutlich eingeschränkter als bei Patienten aus EWR-Staaten oder der Schweiz. Es sind nur solche Behandlungen durchzuführen, die unaufschiebbar sind.

Checkliste für die Praxis:

- (1) Ein Patient aus einem Land mit bilateralem Abkommen kommt in die Praxis und legt einen Abrechnungsschein der gewählten deutschen Krankenkasse vor.
- (2) Sie prüfen die Dringlichkeit der Behandlung und achten auf die Behandlungseinschränkungen, die auf dem Abrechnungsschein notiert sind.
- (3) Sie erfassen den Abrechnungsschein.

Verordnungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln: Erfolgen auf dem Arzneiverordnungsblatt (Vordruckmuster 16). Im Adressfeld tragen Sie unter „Status“ die Ziffer „10007“ ein. Bitte weisen Sie den Patienten darauf hin, dass Heil- und Hilfsmittel ggf. vor der Lieferung von der gewählten deutschen Krankenkasse genehmigt werden müssen.

Krankenhausbehandlungen: Sie tragen auf dem Einweisungsschein (Vordruckmuster 2) die im Abrechnungsschein von der aushelfenden deutschen Krankenkasse angegebene Statusnummer ein.

Überweisungen: Eine Überweisung zu einem weiteren Arzt ist nur zulässig, wenn der Patient eine Versichertenkarte der aushelfenden deutschen Krankenversicherung vorlegt.

Bei Patienten mit Abrechnungsschein bescheinigen Sie die Notwendigkeit anderweitiger ärztlicher Behandlung auf einem Rezept (Muster 16). Dieses Rezept muss der Patient bei der aushelfenden deutschen Krankenkasse vorlegen, dann bekommt er wieder einen Abrechnungsschein und kann einen weiteren Arzt aufsuchen.

Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit: Sie stellen eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Vordruckmuster 1) wie für in Deutschland gesetzlich Versicherte aus. Der Patient bekommt das Original zur Vorlage beim Arbeitgeber. Die Durchschrift leiten Sie an die aushelfende deutsche Krankenkasse weiter.

Herkunftsland
des
Patienten:

Bosnien
Herzegowina
Israel (nur für
Leistungen bei
Mutterschaft)
Kroatien
Mazedonien
Montenegro
Serbien
Türkei
Tunesien

Arznei-,
Heil- und
Hilfsmittel

Krankenhaus

Überweisun-
gen

Arbeits-
unfähigkeit



III. Checkliste für die Praxis: Patienten, die keinen bzw. nicht den richtigen Anspruchsnachweis vorlegen

Wenn ein Patient keine gültige Europäische Krankenversicherungskarte bzw. Ersatzbescheinigung und den Identitätsnachweis oder einen Abrechnungsschein vorlegt, sind Sie berechtigt und verpflichtet, vom Patienten eine Vergütung nach GOÄ zu fordern.

Checkliste für die Praxis:

- (1) Der Patient kommt in die Praxis und legt keinen bzw. nicht den richtigen Anspruchsnachweis vor.
- (2) Sie informieren den Patienten, dass er sich an eine gesetzliche Krankenkasse seiner Wahl wenden kann, um ggf. einen Anspruchsnachweis (EHIC/PEB, Abrechnungsschein, Krankenversichertenkarte) zu erhalten, wenn mit seinem Heimatland ein entsprechendes Sozialversicherungsabkommen besteht.

Auch Patienten, die ihren Leistungsanspruch mit einer anderen Bescheinigung nachweisen (z.B. Muster E 112 oder E 121), müssen nach wie vor zuerst zur Krankenkasse. Dort erhalten Sie einen Abrechnungsschein.
- (3) Reicht der Patient den Anspruchsnachweis innerhalb von 10 Tagen nach der ersten Inanspruchnahme nach, sind Sie verpflichtet, dem Patienten das Honorar zu erstatten.
- (4) Wenn Sie dem Patienten Ihr Honorar privat (auf Basis der GOÄ) in Rechnung stellen, können auch Arznei-, Heil- und Hilfsmittel nur auf Privatrezept verordnet werden.

Arznei-,
Heil- und
Hilfsmittel



Im Ausland krankenversicherte Patienten

Europäische Krankenversicherungskarte (Muster)



Formular „Bescheinigung als provisorischer Ersatz für die Europäische Versicherungskarte“ (Muster, Originalgröße DIN A4)

Anlage 2

BESCHENIGUNG ALS PROVISORISCHER ERSATZ FÜR DIE EUROPÄISCHE KRANKENVERSICHERUNGSKARTE

Gemäß Anhang 2 des Beschlusses Nr. 190 vom 18. Juni 2003 betreffend die technischen Merkmale der Europäischen Krankenversicherungskarte

Bezeichnung des Vortrags: Ausgabemittelpunkt: 2.

Angaben zum Karteninhaber

3. Name:

4. Vornamen:

5. Geburtsdatum:

6. Persönliche Kennnummer:

Angaben zum zuständigen Träger

7. Kennnummer des Trägers:

Angaben zur Karte

8. Kennnummer der Karte:

9. Ablaufdatum:

Gültigkeitsdauer der Bescheinigung

a) vom bis

b) bis

Ausgabedatum der Bescheinigung:

Stempel des Trägers und Unterschrift

St:

Hinweise und Informationen

Alle Bestimmungen, die für die sichtbaren Daten auf der europäischen Karte gelten und sich auf die Datenfelder „Bezeichnung“, „Werte“, „Länge“ sowie „Hinweis“ beziehen, gelten auch für die Bescheinigung.

0001